

**Luís Manuel da Graça Henriques**

**Política(s) de Saúde no Trabalho:  
um Inquérito Sociológico às Empresas  
Portuguesas**

Tese de candidatura ao grau de  
Doutor em Saúde Pública  
na especialidade de Saúde Ocupacional pela  
Universidade Nova de Lisboa

**Escola Nacional de Saúde Pública  
Universidade Nova de Lisboa  
Lisboa  
Janeiro de 2004**



De acordo com o disposto no Decreto-Lei n° 216/92  
de 13 de Outubro de 1992  
e no Despacho Reitoral R/SAc.36/96  
de 14 de Agosto de 1996,  
o presente texto constitui  
a **Tese de candidatura ao grau de Doutor  
em Saúde Pública  
na especialidade  
de Saúde Ocupacional  
pela Universidade Nova de Lisboa.**

A candidatura foi aprovada por deliberação do Conselho  
Científico da Escola Nacional de Saúde Pública  
de 21 de Julho de 1999,  
tendo os trabalhos decorrido sob a orientação dos Doutores  
**António Neves Pires de Sousa Uva,**  
Professor Associado  
da Escola Nacional de Saúde Pública  
da Universidade Nova de Lisboa,  
e **António Brandão Moniz,**  
Professor Associado com Agregação  
da Faculdade de Ciências e Tecnologia  
da Universidade Nova de Lisboa.





## Índice

Dedicatória	
Agradecimentos	
Abreviaturas & Siglas	
Resumo / Résumé / Abstract	
Capítulo I - Introdução	1
Capítulo II – O estado da arte da protecção e promoção da saúde no trabalho	9
2.1. Introdução	9
2.2. Breve enquadramento histórico da saúde no trabalho	10
2.2.1. Introdução	10
2.2.2. A emergência da saúde pública	11
2.2.3. A proto-história da legislação sobre a saúde no trabalho	11
2.2.4. Medicina do trabalho ou medicina no trabalho ?	12
2.2.5. Um século de desenvolvimento da SH&ST em Portugal	16
2.3. Sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho	20
2.3.1. A evolução do conceito e do modelo organizativo	20
2.3.2. Os serviços de SH&ST	23
2.3.2.1. Introdução	23
2.3.2.2. Modalidades de organização e funcionamento	23
2.3.2.3. Empresas prestadoras de serviços e recursos humanos em SH&ST	26
2.3.3. A situação na União Europeia e em Portugal	29
2.3.3.1. A integração dos serviços de SH&ST	29
2.3.3.2. Estudos de caso portugueses	30
2.3.3.3. Cobertura dos serviços de SH&ST	31
2.3.4. Desenvolvimento da SH&ST em Portugal	32
2.3.4.1. Uma taxa estimada de 40% de cobertura da população activa trabalhadora	32
2.3.4.2. Estimativa da cobertura a partir do rácio médico do trabalho/trabalhadores	35
2.3.5. Integrar a saúde e a segurança dos trabalhadores no sistema de gestão da empresa	37
2.3.5.1. Qualidade, Ambiente e SH&ST	37
2.3.5.2. As vantagens do sistema integrado da SH&ST	38
2.4. Desenvolvimento organizacional e inovação em saúde no trabalho	40
2.4.1. <i>As maiores e as melhores</i>	40
2.4.2. <i>Supportive(working) environment</i>	43
2.4.3. A especificidade europeia	46
2.5. A participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST	49
2.5.1. Introdução	49
2.5.2. Um país com um défice de participação organizacional	50
2.5.3. O conceito de participação	51
2.5.4. Da cooperação à co-determinação	53
2.5.5. Formas de participação	54
2.5.5.1. Formas indirectas e representacionais	54
2.5.5.1.1. Conselho de Empresa Europeia (CEE)	55
2.5.5.1.2. Comissões de trabalhadores (CT)	55
2.5.5.1.3. Delegado/Comissão sindical	56
2.5.5.1.4. Representante dos trabalhadores para a área da SH&ST	57
2.5.5.1.5. Comissão de SH&ST	57
2.5.5.1.6. Participação representacional: um balanço por fazer	58
2.5.5.2. Formas directas ou não-representacionais	58
2.5.5.2.1. Processos de consulta e de delegação	58
2.5.5.2.2. Os círculos de qualidade	59
2.5.5.2.3. Os programas de sugestões	59
2.5.5.2.4. Círculos de saúde e segurança no trabalho	59
2.5.5.2.4.1. Círculos de segurança no trabalho	60
2.5.5.2.4.2. Círculos de saúde no trabalho (CST)	60
2.5.6. Como participar ? Directa ou indirectamente ? Ou quanto, quando e porquê ?	61
2.5.7. A participação directa e mudança organizacional	64



2.5.8. Principais direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST	66
2.5.8.1. Direito à informação	66
2.5.8.2. Direito à formação	67
2.5.8.3. Direito de representação	67
2.5.8.4. Direito de consulta	68
2.5.8.5. Direito de recusar o trabalho	68
2.5.9. Cooperação ou co-determinação? Um nível limitado de participação	70
2.6. A natureza e a frequência dos programas e actividades de saúde no trabalho	74
2.6.1. EUA	74
2.6.1.1. Os <i>wellness programs</i>	74
2.6.1.2. Confusão semântica e conceptual: WHP 'versus' OSH?	77
2.6.1.3. Exemplos de programas	80
2.6.1.3.1. O apoio da saúde pública à WHP	80
2.6.1.3.2. <i>Live for Life</i> ® da Johnson & Johnson	83
2.6.1.4. Um contexto favorável	84
2.6.1.5. Ética e saúde no trabalho	86
2.6.2. O papel da Organização Mundial de Saúde	90
2.6.3. União Europeia	91
2.6.3.1. Um projecto pioneiro	91
2.6.3.2. Portugal	95
2.7. A saúde da população trabalhadora	100
2.7.1. Fontes de informação	100
2.7.2. Absentismo por doença e acidente de trabalho	101
2.7.2.1. Morbilidade diferencial no INS 1998/99	101
2.7.2.2. Segurança Social: sociodemografia da baixa por doença	104
2.7.2.3. Balanço social: O absentismo nas 2 mil maiores empresas	106
2.7.3. Prevalência de doenças crónicas	108
2.7.4. Outros indicadores de saúde	109
2.8. Os principais prompting factors da(s) política(s) de saúde no trabalho	111
2.8.1. Controlo dos custos de saúde	111
2.8.2. Filosofia de gestão e cultura de empresa	114
2.9. Os custos e os benefícios da saúde e segurança do trabalho	115
2.9.1. Introdução	115
2.9.2. Os benefícios	115
2.9.3. Os custos	117
2.9.4. A análise de custo/benefício	119
2.9.5. Custos e benefícios da SH&S. Alguns dados internacionais (Japão e EUA)	119
2.9.6. Portugal: Dados do Balanço Social	124
2.9.6.1. Custos de pessoal	124
2.9.6.2. Índice de SH&ST	127
Capítulo III – Materiais e métodos. População e amostra	131
3.1. Introdução	131
3.2. Estrutura e conteúdo do questionário	135
3.2.1. Introdução	135
3.2.2. Secção A (de A1 a A14)	136
3.2.3. Secção B (de B1 a B9)	138
3.2.4. Secção C (de C1 a C2)	139
3.2.5. Secção D (de D1 a D6)	141
3.2.6. Secção E (de E1 a E7)	142
3.3. Modelo de análise	144
3.3.1. Variáveis independentes	144
3.3.1.1. Sistema integrado de gestão da SH&ST	144
3.3.1.2. Variáveis de caracterização sociodemográfica e técnico-organizacional	146
3.3.2. Variáveis dependentes	146
3.3.3. Hipóteses de investigação	146
3.4. Universo empresarial português	147
3.4.1. Emprego por sexo e região (1998)	147
3.4.2. Estrutura das empresas portuguesas	147



3.4.3. As 500 melhores e maiores da <i>Exame</i> (1997)	149
3.4.4. Certificação do Sistema de Qualidade	150
3.4.5. O universo do Balanço Social (1996-1998)	151
3.5. População de referência: o ficheiro da Dun & Bradstreet (1996)	152
3.5.1. Introdução	152
3.5.2. Dimensão: volume de emprego e volume de negócio	153
3.5.3. Região	154
3.5.4. Forma jurídica e controlo accionista	154
3.5.5. Capital social	155
3.5.6. Sector de actividade económica	155
3.5.7. Actividade exportadora	157
3.5.8. Antiguidade	158
3.5.9. Cargo ou função	158
3.6. Amostra	159
3.6.1. Taxa de resposta (A1)	159
3.6.2. Dimensão: Volume de emprego (A5) e volume de negócio	160
3.6.3. Região	161
3.6.4. Forma jurídica e controlo accionista	162
3.6.5. Capital social	163
3.6.6. Sector de actividade e volume de emprego	164
3.6.7. Sector exportador	166
3.6.8. Antiguidade	167
3.6.9. Cargo ou função do respondente	168
3.6.10. As melhores e as maiores (Exame 500/97)	169
Capítulo IV – Apresentação dos resultados	171
4.1. Sociodemografia (A7)	171
4.2. Características técnicas e organizacionais	173
4.2.1. Grau de modernização tecnológica (A10)	173
4.2.2. Investimentos nos componentes materiais de trabalho (A9)	173
4.2.3. Qualificação dos postos de trabalho	174
4.2.4. Modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho	175
4.2.5. Gestão e certificação da qualidade	176
4.2.6. Análise estratégica	177
4.3. Sistema de gestão da SH&ST	177
4.3.1. Modalidade de serviço de SH&ST	177
4.3.2. Recursos humanos em SH&ST	179
4.3.2.1. Médicos do trabalho e técnicos ou especialistas de S&HT	179
4.3.2.2. Médico de clínica geral, enfermeiro do trabalho e outros profissionais	180
4.3.2.3. Equipa de saúde ocupacional	182
4.3.3. Atitude face às condições de SH&ST (B9.1)	183
4.3.4. Estratégia de intervenção no domínio da SH&ST (B9.2)	184
4.4. Riscos	185
4.4.1. Nível de absentismo (B2)	185
4.4.2. Percepção das principais causas da incapacidade (B3)	187
4.4.3. Percepção dos principais problemas de saúde, relacionados com estilos de vida (B4)	188
4.4.4. Principal natureza dos riscos (B5)	191
4.5. Formas e nível de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST	191
4.5.1. Principais formas de participação (B6)	191
4.5.2. Formas indirectas ou representacionais	193
4.5.3. Formas directas ou não representacionais	195
4.5.4. Tipologia das formas de participação (B6)	196
4.5.5. Grau de importância atribuído à participação do pessoal (B7)	198
4.5.6. Nível de participação (B8)	199
4.6. Índice de integração do sistema de gestão da SH&ST	201
4.7. Políticas, programas e actividades de saúde	204



4.7.1. Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho (C1.A)	204
4.7.2. Avaliação de Saúde / Vigilância Médica / Prestação de cuidados de saúde (C1.B)	208
4.7.3. Prevenção de Comportamentos de Risco/ Promoção de Estilos de Vida Saudáveis (C1.C)	211
4.7.4. Intervenções a Nível Organizacional/Melhoria do Ambiente Psicossocial de Trabalho (C1.D)	214
4.7.5. Actividades e programas sociais e de bem-estar (C1.E)	218
4.8. Número médio de actividades de saúde e índice de realização	221
4.9. Índice global e específico de saúde	226
4.10. Processo de desenvolvimento da política de saúde	230
4.10.1. Envolvimento dos actores (D2)	230
4.10.2. Grau de envolvimento dos trabalhadores no planeamento e implementação (D3)	239
4.10.3 Principais <i>prompting factors</i> (D1)	242
4.10.3.1. Produtividade, competitividade e/ou qualidade	243
4.10.3.2. Absentismo	244
4.10.3.3. Filosofia de gestão/Cultura da empresa	244
4.10.3.4. Frequência e gravidade dos acidentes	246
4.10.4. Principais factores facilitadores (D5)	247
4.10.5. Principais obstáculos (D4)	250
4.11. Custos e benefícios	253
4.11.1. Principais benefícios (D6)	253
4.11.2. Custos	256
4.11.2.1. Massa salarial	257
4.11.2.2. Cuidados de saúde e SH&ST	258
4.12. Prioridade atribuída à saúde como objectivo de gestão	261
4.12.1. Prioridade actual e futura (E1, E2, E3)	261
4.13. Grau de implicação dos inquiridos	263
4.13.1. Atitude das empresas	263
4.13.2. Comentários, críticas e sugestões	265
4.13.3. Elementos de identificação	266
Capítulo V – Discussão dos resultados	267
5.1. Introdução	267
5.1.1. Taxa de resposta e validação da amostra	267
5.1.2. Atitude dos representantes das empresas	271
5.2. Sociodemografia (A7)	272
5.3. Características técnicas e organizacionais	273
5.3.1. Modernização do sistema de técnico e organizacional de trabalho	273
5.3.2. As <i>maiores</i> e as <i>melhores</i>	278
5.3.3. Certificação da qualidade	279
5.4. Sistema de gestão da SH&ST	280
5.4.1. Existência de serviços de SH&ST	280
5.4.2. Modalidade de serviço de SH&ST	280
5.4.3. Recursos humanos da SH&ST	283
5.4.4. Atitude e estratégia no domínio da SH&ST	284
5.5. Percepção dos riscos e factores de risco	286
5.5.1. Absentismo	286
5.5.2. Causas de incapacidade para o trabalho	288
5.5.3. Problemas de saúde relacionados com os estilos de vida	291
5.5.4. Principal natureza dos riscos	292
5.6. Oportunidades de participação e consulta	293
5.6.1. Formas e nível de participação	293
5.7. Integração do sistema de gestão da SH&ST	298
5.8. Políticas, programas e actividades de saúde	300
5.9. Desenvolvimento das políticas de saúde	309
5.9.1. Envolvimento dos diferentes actores	309
5.9.2. Envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação	311
5.9.3. Factores condicionantes do desenvolvimento das políticas	312
5.9.4. Discrepância entre 'prompting factors' (D1) e principais benefícios (D6)	314
5.10. Custos e benefícios	316
5.11. Perspectivas futuras	317





Capítulo VI – Conclusões e recomendações	319
Índice das Caixas	i
Índice das Figuras	i-ii
Índice dos Quadros	iii-viii
Bibliografia	
Anexo A – Outras Figuras e Quadros	I - XXX
Anexo B – Questionário sobre Política de Saúde no Trabalho	XXXI - XLV



## Dedicatória

À minha mulher **Alice** e aos meus filhos **Joana** e **João**.  
Eles têm sido os meus grandes companheiros da aventura da vida.  
E são as únicas pessoas do mundo  
a quem eu nunca quereria decepcionar.  
Eles foram uma fonte estimulante de inspiração  
e um ponto fulcral de apoio  
no decurso da realização deste trabalho.  
A investigação e a escrita são um longo  
e por vezes doloroso exercício de solidão.  
Com eles e por eles consegui chegar ao fim  
de mais esta dura etapa da minha vida.  
Espero que eles tenham orgulho em mim.  
Eu tenho orgulho neles.  
E sobretudo confiança.  
Eles fazem parte, por inteiro, da ideia de futuro,  
aqui tecida por um homem de palavra(s) como eu,  
e um dos meus poetas favoritos.

O autor

### Ruy Belo: O Portugal futuro

O Portugal futuro é um país  
aonde o puro pássaro é possível  
e sobre o leito negro do asfalto da estrada  
as profundas crianças desenharam a giz  
esse peixe da infância que vem na enxurrada  
e me parece que se chama sável  
Mas desenhem elas o que desenharem  
é essa a forma do meu país  
e chamem elas o que lhe chamarem  
Portugal será e lá serei feliz  
Poderá ser pequeno como este  
ter a oeste o mar e a Espanha a leste  
tudo nele será novo desde os ramos à raiz  
À sombra dos plátanos as crianças dançarão  
e na avenida que houver à beira-mar  
pode o tempo mudar será verão  
Gostaria de ouvir as horas do relógio da matriz  
mas isso era o passado e podia ser duro  
edificar sobre ele o Portugal futuro

In Belo, R. (2000) - Todos os Poemas.  
Lisboa: Assírio & Alvim. 366-367.



## Agradecimentos

Desde há mais de uma década que tenho vindo a fazer investigação no âmbito da protecção e promoção da saúde no trabalho. O meu envolvimento no projecto *Innovative Action for Health at Workplace* (1990-1992), sob a coordenação da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, veio a revelar-se institucionalmente frutuoso e intelectualmente estimulante, não só ao abrir uma nova linha de investigação na área da saúde ocupacional em Portugal, como assegurar a continuidade da minha colaboração e a da Escola Nacional de Saúde Pública em projectos comunitários subsequentes: (i) *Training Specification for Workplace Health Promotion* (1993-1998); (ii) *Ill-health and Workplace Absenteeism: Initiatives for Prevention* (1994-1997); (iii) *Workplace Health Promotion in Small and Medium-Sized Enterprises. Identification and Dissemination of Models of Good Practice in Europe* (1999-2002).

É justo fazer aqui uma referência ao papel que na altura (1990) desempenhou o Prof. Dr. **Mário Faria**, então director do Curso de Medicina do Trabalho e membro do Conselho Directivo da ENSP, ao (i) empenhar-se tão decididamente na negociação e concretização do primeiro contrato da Fundação Europeia com a ENSP, ao (ii) confiar na minha capacidade de realização enquanto investigador e ao (iii) dar-me uma oportunidade que eu entendi também como um desafio ao sociólogo do trabalho ainda à procura, na época, do seu papel e da sua identidade no campo da saúde pública. A minha primeira palavra de gratidão vai, portanto, para ele, o qual de resto foi também, para além de amigo e co-autor de vários trabalhos por mim publicados, o primeiro orientador da minha tese.

Trabalhei e privei com inúmeros colegas estrangeiros, comunitários ou não, no âmbito dos quatro projectos acima referidos. Correndo embora o risco de ser injusto ao referir uns e omitir outros, eu queria aqui citar três nomes de pessoas que me ajudaram a (i) entender melhor o conceito, os princípios e a metodologia da promoção da saúde no trabalho e a (ii) aproveitar as grandes virtualidades do trabalho em rede e em equipa: **Robert Anderson** (Reino Unido), **Richard Wynne** (Irlanda) e **Robert Gründemann** (Holanda).

A muitos outros homens e mulheres é devedor este trabalho e/ou o seu autor. A todos eles e elas cabe uma justa palavra de homenagem, apreço e gratidão:

(i) Aos meus orientadores, os Professores Drs. **António Sousa Uva** e **António Brandão Moniz**, de quem tive o privilégio de beneficiar, além da sua amizade, de beneficiar da sua experiência e competência em termos de apoio teórico-metodológico; ao primeiro, que me dispensou muitas horas do seu precioso tempo, estou particularmente grato pela disciplina, rigor e sentido de urgência que me impôs em especial na fase de redacção da minha tese;

(ii) Ao **Conselho Directivo da ENSP/UNL**, na pessoa do seu presidente, Prof. Dr. **Galvão de Melo** pelo apoio, institucional, administrativo, logístico e financeiro, que me concedeu, incluindo uma bolsa de investigação de seis meses, permitindo-me no 1º semestre de 2003 dar um impulso decisivo à redacção final da minha tese;

(iii) À ex-Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (hoje integrada na **Fundação Científica e Tecnológica**) que financiou um anterior projecto da ENSP (“A promoção da saúde nos locais de trabalho e a modernização das empresas portuguesas”, contrato nº PCSH/C/SOC/725/93), e com cujas verbas foi possível adquirir o ficheiro de empresas da Dun & Bradstreet e outros serviços como o *layout*, a maquetagem e a impressão do questionário sobre Política de Saúde no Local de Trabalho;



(iv) Ao **Conselho Científico da ENSP/UNL** pelas provas de confiança que os seus presidentes e os seus membros me fizeram chegar ao longo deste processo, e nomeadamente pela sua aceitação, em 21 de Julho de 1999, da minha candidatura ao grau de doutor no ramo de saúde pública (especialidade: saúde ocupacional);

(v) Ao actual e anterior coordenador do grupo de Disciplinas de Ciências Sociais e Humanas da ENSP/UNL, Prof. Dr. **António Correia de Campos** e Prof. Dr. **João Pereira**, respectivamente, de quem recebi conselhos e incentivos que muito contribuíram para reforçar a minha motivação, auto-estima e auto-confiança;

(vi) Aos meus antigos colegas da extinta cadeira de Ciências Sociais e Humanas, **J. C. Ferreira de Almeida**, **J. Santos Lucas**, **António Barbosa** e **Matilde Pereira**, com quem em diferentes momentos partilhei a paixão comum pela sociologia da saúde e com quem me unem laços de amizade, extensivos às antigas secretárias **Maria João Alves** (já falecida) e **Maria da Encarnação Horta**;

(vii) À mestre **Isabel Andrade**, sempre pronta a satisfazer os meus inúmeros pedidos ou a esclarecer as minhas dúvidas, desde a pesquisa bibliográfica à resolução dos mil e um problemas com que um autor se debate na redacção de um trabalho científico e na organização da respectiva bibliografia (agradecimento extensivo às suas colaboradoras do Centro de Documentação e Informação da ENSP/UNL);

(viii) Ao mestre **Pedro Aguiar**, técnico superior principal da ENSP/UNL, pelas suas sugestões e conselhos em matéria de tratamento estatístico dos dados do meu inquérito por questionário, e em especial quanto à utilização da técnica da Regressão Logística Múltipla;

(ix) À Prof. Dr. **Isabel Loureiro** pela generosidade, simpatia e espírito crítico com que reviu alguns dos capítulos da 1ª versão da minha tese, a pedido do Presidente do Conselho Científico: os seus comentários, críticas e sugestões foram pertinentes e valiosos, ajudando-me nomeadamente a melhorar a qualidade, a fluência e a coerência do meu texto;

(x) Aos demais **sectores de apoio** da ENSP/UNL (secretariado, reprografia, informática, serviços administrativos, financeiros e académicos, sem esquecer a portaria e as telefonistas): a realização do meu trabalho não seria possível sem eles, ou pelo menos seria bem mais penoso;

(xi) Aos **alunos** que têm passado pela ENSP/UNL, e em particular aos dos cursos de especialização em medicina do trabalho: eles ajudaram-me, indirectamente, através da preparação e realização das actividades docentes, a ser mais exigente e crítico para comigo próprio;

(xii) Aos **demais colaboradores** das ENSP/UNL, pessoal docente e não docente, de quem tenho recebido, ao longo destes anos, as mais diversas manifestações de carinho, simpatia e amizade;

(xiii) Às **empresas e gestores** que quiseram colaborar comigo respondendo às perguntas, por vezes difíceis e incómodas, do meu questionário; um agradecimento muito especial é devido às secretárias da direcção ou administração dessas empresas por não terem mandado para o caixote do lixo o meu questionário postal);

(xiv) À **Dun & Bradstreet** com quem estabeleci uma relação de trabalho que ultrapassou em muito aquilo que poderia ser esperado de uma simples relação comercial entre uma empresa prestadora de serviços e um cliente;

(xv) *Last but not the least*, aos meus **amigos e familiares** que me apoiaram e acreditaram em mim.





## Abreviaturas & Siglas

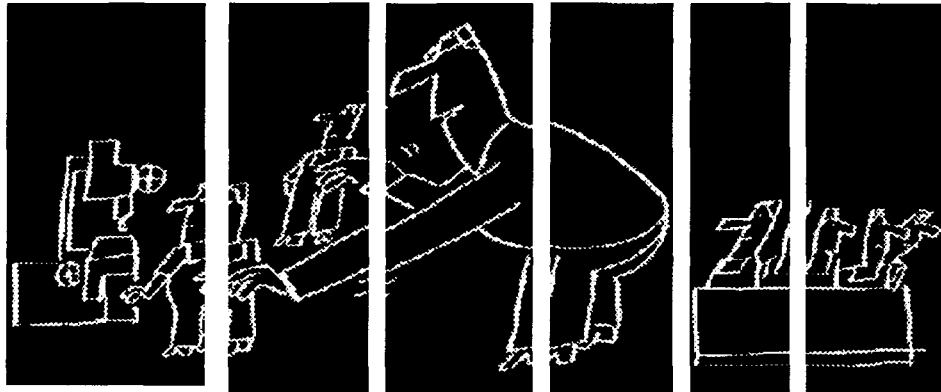
ADM	Administração/direcção (da empresa ou estabelecimento)
ANET	Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho
BKK (a)	<i>Federal Association of Company Health Insurance Funds</i>
CAE – Rev. 2	Classificação Portuguesa da Actividade Económica, Versão Revista 2 (Equivalente à NACE 1.1)
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CEE (1)	Comunidades Económicas Europeias
CEE (2)	Conselho de Empresa Europeu
CGTP	Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIP	Confederação da Indústria Portuguesa
CPCS	Conselho Permanente de Concertação Social
CS&ST	Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho
CSH&ST	Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
CST	Círculos de Saúde no Trabalho
CT	Comissão de Trabalhadores
CUF	Companhia União Fabril
D.L.	Decreto-Lei
D.P.	Desvio-Padrão
DEEP	Departamento de Estatísticas, Estudos e Planeamento do MSST
DETEFP	Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional
DRH	Director de Recursos Humanos
DSI	<i>Drug Screening Initiatives</i>
D&B	Dun & Bradstreet
EAP	<i>Employee Assistance Program</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENWHP	<i>European Network for Workplace Health Promotion</i>
EPI	Equipamento de Protecção Individual
EPOC	<i>Employee Direct Participation in Organizational Change</i>
EUA	Estados Unidos da América
FCEE	Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos
FJAP	Federação Japonesa das Associações Patronais
GE	Grande Empresa
HPM	<i>Health and Productivity Management</i>
IC 95%	Intervalo de Confiança a 95%
ICOH	<i>International Commission on Occupational Health</i>
IOHA	<i>International Occupational Hygiene Association</i>
IDICT	Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
ILO	<i>International Labour Organization</i>
INCM	Imprensa Nacional- Casa da Moeda
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
ISO	<i>International Organisation for Standardization</i>
JISHA	<i>Japan Industrial Safety and Health Association</i>
LCI	<i>Labour Compact Index</i>
MFCG	Médico de Família e Clínica Geral
MOH	<i>Medical Officer of Health</i>
MPE	Micro e Pequena Empresa



MT	Médico do trabalho
MWA	<i>Maintenance of Work Ability</i>
NP	Norma Portuguesa
N/R	Não Responde
N/S	Não Sabe
NFOT	Novas Formas de Organização do Trabalho
OD	<i>Odds Ratio</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORT	Órgãos Representativos dos Trabalhadores
OSH	<i>Occupational Safety and Health</i>
OSHAS	<i>Occupational Safety and Health Assessment Series</i>
OSH-MS	<i>Occupational Safety and Health Management System</i>
PES	Representantes do Pessoal (no domínio da SH&ST)
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pequena e Média Empresa
PST	Promoção da Saúde no Trabalho
QP	Questionário Postal
RC	Região Centro
RLM	Regressão Logística Múltipla
RLVT	Região de Lisboa e Vale do Tejo
RN	Região Norte
RU	Reino Unido
SAP	Sistema Antropocêntrico de Produção
SH&ST	Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
SME	<i>Small and Medium-Sized Enterprises</i>
SMT (1)	<i>Services Médicaux du Travail</i>
SMT (2)	Serviço de Medicina do Trabalho
SSO	Serviço de Saúde Ocupacional
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
TS&HT	Técnico ou Especialista de Segurança e Higiene do Trabalho
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UE	União Europeia
UGT	União Geral dos Trabalhadores
UNL	Universidade Nova de Lisboa
VAB	Valor Acrescentado Bruto
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHA	<i>Workplace Health Action</i>
WHP	<i>Workplace Health Promotion</i>

(a) BKK Bundesverband





**Workplace Health Promotion (WHP)** is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work.

This can be achieved through a combination of: (i) improving the work organisation and environment; (ii) promoting active participation; (iii) encouraging personal development.

(...) WHP contributes to a wide range of work factors which improve employees' health. These include:

- ✓ management principles and methods which recognise that employees are a necessary success factor for the organisation instead of a mere cost factor;
- ✓ a culture and corresponding leadership principles which include participation of the employees and encourage motivation and responsibility of all employees;
- ✓ work organisation principles which provide the employees with an appropriate balance between job demands, control over their own work, level of skills and social support;
- ✓ a personnel policy which actively incorporates health promotion issues;
- ✓ an integrated occupational health and safety service.

**The Luxembourg Declaration of Workplace Health  
Promotion in the European Union (1997)**



## Resumo

### Política(s) de saúde no trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas

A literatura portuguesa sobre políticas, programas e actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente, SH&ST) é ainda escassa. Com este projecto de investigação pretende-se (i) colmatar essa lacuna, (ii) melhorar o conhecimento dos sistemas de gestão da saúde e segurança no trabalho e (iii) contribuir para a protecção e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Foi construída uma tipologia com cinco grupos principais de políticas, programas e actividades: A (Higiene & Segurança no Trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho); B (Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde); C (Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis); D (Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho); E (Actividades e programas sociais e de bem-estar). Havia uma lista de mais de 60 actividades possíveis, correspondendo a um índice de realização de 100%.

Foi concebido e desenhado, para ser auto-administrado, um questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho*. Foram efectuados dois *mailings*, e um *follow-up* telefónico. O trabalho de campo decorreu entre a primavera de 1997 e o verão de 1998.

A amostra (n=259) é considerada representativa das duas mil maiores empresas do país. Uma em cada quatro é uma multinacional. A taxa de sindicalização rondava os 30% da população trabalhadora, mas apenas 16% dos respondentes assinalou a existência de representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST.

A hipótese de investigação principal era a de que as empresas com um sistema integrado de gestão da SH&ST seriam também as empresas com um (i) maior número de políticas, programas e actividades de saúde; (ii) maior índice de saúde; (iii) maior índice de realização; e (iv) maior percentagem dos encargos com a SH&ST no total da massa salarial.

As actividades de tipo A e B, tradicionalmente associadas à SH&ST, representavam, só por si, mais de 57% do total. Os resultados, correspondentes às respostas da Secção C do questionário, apontam, para (i) a hipervalorização dos exames de medicina do trabalho; e por outro para (ii) o subaproveitamento de um vasto conjunto de actividades (nomeadamente as de tipo D e E), que são correntemente levadas a cabo pelas empresas e que nunca ou raramente são pensadas em termos de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

As actividades e os programas de tipo C (Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis), ainda eram as menos frequentes entre nós, a seguir aos Programas sociais e de bem-estar (E).

É a existência de sistemas de gestão integrados de SH&ST, e não o tamanho da empresa ou outra característica sociodemográfica ou técnico-organizacional, que permite predizer a frequência de políticas de saúde mais activas e mais inovadores.

Os três principais motivos ou razões que levam as empresas portuguesas a investir na protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores eram, por ordem de frequência, (i) o absentismo em geral; (ii) a produtividade, qualidade e/ou competitividade, e (iii) a filosofia de gestão ou cultura organizacional. Quanto aos três principais benefícios que são reportados, surge em primeiro lugar (i) a melhoria da saúde dos trabalhadores, seguida da (ii) melhoria do ambiente de trabalho e, por fim, (iii) a melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade.





Quanto aos três principais obstáculos que se põem, em geral, ao desenvolvimento das iniciativas de saúde, eles seriam os seguintes, na percepção dos respondentes: (i) a falta de empenho dos trabalhadores; (ii) a falta de tempo; e (iii) os problemas de articulação/comunicação a nível interno. Por fim, (i) o empenho das estruturas hierárquicas; (ii) a cultura organizacional propícia; e (iii) o sentido de responsabilidade social surgem, destacadamente, como os três principais factores facilitadores do desenvolvimento da política de saúde no trabalho. Tantos estes factores como os obstáculos são de natureza endógena, susceptíveis portanto de controlo por parte dos gestores.

Na sua generalidade, os resultados deste trabalho põem em evidência a fraqueza teórico-metodológica de grande parte das iniciativas de saúde, realizadas na década de 1990. Muitas delas seriam medidas avulsas, que se inserem na gestão corrente das nossas empresas, e que dificilmente poderão ser tomadas como expressão de uma política de saúde no local de trabalho, (i) definida e assumida pela gestão de topo, (ii) socialmente concertada, (iii) coerente, (iv) baseada na avaliação de necessidades e expectativas de saúde dos trabalhadores, (v) divulgada, conhecida e partilhada por todos, (vi) contingencial, flexível e integrada, e, por fim, (vii) orientada por custos e resultados.

Segundo a Declaração do Luxemburgo (1997), a promoção da saúde engloba o esforço conjunto dos empregadores, dos trabalhadores, do Estado e da sociedade civil para melhorar a segurança, a saúde e o bem-estar no trabalho, objectivo isso que pode ser conseguido através da (i) melhoria da organização e das demais condições de trabalho, da (ii) participação efectiva e concreta dos trabalhadores bem como do seu (iii) desenvolvimento pessoal.

## Résumé

### Politique(s) de santé au travail: une enquête sociologique aux entreprises portugaises

Au Portugal on ne sait presque rien des politiques de santé au travail, adoptés par les entreprises. Avec ce projet de recherche, on veut (i) améliorer la connaissance sur les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail et, au même temps, (ii) contribuer au développement de la promotion de la santé des travailleurs.

Une typologie a été usée pour identifier les politiques, programmes et actions de santé au travail: A. Amélioration des conditions de travail / Sécurité au travail; B. Médecine du travail / Santé au travail; C. Prévention des comportements de risque / Promotion de styles de vie sains; D. Interventions organisationnelles / Amélioration des facteurs psychosociaux au travail; E. Gestion de personnel et bien-être social.

Un questionnaire postal a été envoyé au représentant maximum des grandes entreprises portugaises, industrielles ( $\geq 100$  employés) ou des services ( $\geq 75$  employés). Le taux de réponse a été environ 20% (259 répondants, concernant trois centaines d'entreprises et d'établissements). La recherche de champ, conduite du printemps 1997 à l'été 1998, a compris deux enquêtes postales et un *follow-up* téléphonique.

L'échantillon est représentatif de la population des deux milles plus grandes entreprises. Un quart sont des multinationales. Le taux de syndicalisation est d'environ 30%. Toutefois, il y a seulement 16% de lieux de travail avec des représentants du personnel pour la santé et sécurité au travail.



Les initiatives de santé au travail les plus communes sont celles concernant le domaine plus traditionnel (types A et B) (57% du total): par exemple, les examens de médecine du travail, l'équipement de protection individuelle, les tests d'aptitude au travail.

En ce qui concerne les programmes de type C, les plus fréquents sont le contrôle et la prévention des addictions (tabac, alcool, drogue). Les interventions dans le domaine de du système technique et organisationnelle du travail peuvent comprendre les courses de formation en gestion de ressources humaines ou en psychosociologie des organisations, l'ergonomie, le travail posté ou la gestion de la qualité totale. En général, la protection et la promotion de la santé des travailleurs ne sont pas prises en considération dans l'implémentation des initiatives de type D.

Il y a des différences quand on compare les grandes entreprises et les moyennes en matière de politique de gestion du personnel e du bien-être (programmes de type E, y compris l'allocation de ressources humaines ou logistiques comme, par exemple, restaurant, journal d'entreprise, transports, installations et équipements sportifs).

D'autres activités de promotion de la santé au travail comme la formation en gestion du stress, les programmes d'assistance aux employés, ou les groupes de soutien et d'auto-aide sont encore très peu fréquents dans les entreprises portugaises.

C'est le système intégré de gestion de la santé et de la sécurité au travail, et non pas la taille de l'entreprise, qui aide à prédire l'existence de politiques actives et innovatrices dans ce domaine.

Les trois facteurs principaux qui encouragent les actions de santé (*prompting factors*, en anglais) sont (i) l'absentéisme (y compris la maladie), (ii) les problèmes liés à la productivité, qualité et/ou la compétitivité, et aussi (iii) la culture de l'entreprise/philosophie de gestion. Du côté des bénéfices, on a obtenu surtout l'amélioration (i) de la santé du personnel, (ii) des conditions de travail, et (iii) de la productivité, qualité et/ou compétitivité

Les facteurs qui facilitent les actions de santé au travail sont (i) l'engagement de la direction, (ii) la culture de l'entreprise, et (iii) le sens de responsabilité sociale. Par contre, les obstacles à surmonter, selon les organisations qui ont répondu au questionnaire, seraient surtout (i) le manque d'engagement des travailleurs et de leur représentants, (ii) le temps insuffisant, et (iii) les problèmes de articulation/communication au niveau interne de l'entreprise/établissement.

Ce travail de recherche sociologique montre la faiblesse méthodologique des services et activités de santé et sécurité au travail, mis en place par les entreprises portugaises dans les années de 1990, à la suite des accords de concertation sociale de 1991. Dans beaucoup de cas, (i) ces politiques de santé ne font pas partie encore d'un système intégré de gestion, (ii) il n'a pas d'évaluation des besoins et des attentes des travailleurs, (iii) c'est très bas ou inexistant le niveau de participation du personnel, (iv) on ne fait pas d'analyse coût-bénéfice. On peut conclure que les politiques de santé au travail sont plus proches de la médecine du travail et de la sécurité au travail que de la promotion de la santé des travailleurs.

Selon la Déclaration du Luxembourg sur la Promotion de la Santé au Lieu de Travail dans la Communauté Européenne (1997), celle-ci « comprend toutes les mesures des employeurs, des employés et de la société pour améliorer l'état de santé et le bien être des travailleurs » e « ceci peut être obtenu par la concentration des efforts dans les domaines suivants: (i) amélioration de l'organisation du travail et des conditions de travail ; (ii) promotion d'une participation active des collaborateurs ; (iii) renforcement des compétences personnelles ».



## Abstract

### Health at work policies: a sociological inquiry into Portuguese corporations

Portuguese literature on workplace health policies, programs and activities is still scarce. With this research project the author intends (i) to improve knowledge on the Occupational Health and Safety (shortly thereafter, OSH) management systems and (ii) contribute to the development of health promotion initiatives at a corporate level.

Five categories of workplace health initiatives have been identified: (i) *Occupational Hygiene and Safety / Improvement of Physical Working Environment* (type A programs); (ii) *Health Screening, Medical Surveillance and Other Occupational Health Care Provision* (type B programs); (iii) *Preventing Risk Behaviours / Promoting Healthy Life Styles* (type C programs); (iv) *Organisational Change / Improvement of Psycho-Social Working Environment* (type D programs); and (v) *Industrial and Social Welfare* (type E programs).

A mail questionnaire was sent to the Chief Executive Officer of the 1500 largest Portuguese companies, operating in the primary and secondary sectors ( $\geq 100$  employees) or tertiary sector ( $\geq 75$  employees). Response rate has reached about 20% (259 respondents, representing about 300 companies). Carried out between Spring 1997 and Summer 1998, the fieldwork has encompassed two direct mailings and one phone follow-up. Sample is considered to be representative of the two thousand largest companies. One in four is a multinational. Union membership rate is about 30%, but only 16% has reported the existence of a workers' health and safety representative.

The most frequent workplace health initiatives were those under the traditional scope of the OSH field (type A and B programs) (57% of total) (e.g., *Periodical Medical Examinations, Individual Protective Equipment, Assessment of Working Ability*).

In SMEs ( $< 250$ ) it was less likely to find out some time-consuming and expensive activities (e.g., *Training on OSH knowledge and skills, Improvement of environmental parameters as ventilation, lighting, heating*). There were significant differences in SMEs, when compared with the larger ones ( $\geq 250$ ) concerning type B programs such as *Periodical medical examinations, GP consultation, Nursing care, Other medical and non-medical specialities* (e.g., psychiatrist, psychologist, ergonomist, physiotherapist, occupational social worker).

With regard to type C programs, there were a greater percentage of programs centred on *Substance abuse (tobacco, alcohol, and drug)* than on *Other health risk behaviours*. SMEs representatives reported very few prevention-oriented programs in the field of *Drug abuse, Nutrition, Physical activity, Off-job accidents, Blood pressure or Weight control*.

Frequency of type D programs included *Training on Human Resources Management, Training on Organisational Behaviour, Total Quality Management, Job Design/Ergonomics, and Workplace rehabilitation*. In general, implementation of this type of programs (*Organisational Change / Improvement of Psychosocial Working Environment*) is not largely driven by health considerations.

Concerning *Industrial and Social Welfare* (Type E programs), the larger employers are in a better position than SMEs to offer to their employees a large spectrum of health resources and facilities (e.g., *Restaurant, Canteen, Resting room, Transport, Infra-structures for physical activity, Surgery, Complementary social protection, Support to recreational and cultural activities, Magazine or newsletter, Intranet*).



Other workplace health promotion programs like *Training on Stress Management*, *Employee Assistance Programs*, or *Self-help groups* are uncommon in the Portuguese worksites.

The existence of integrated OSH management systems, not the company size, is the main variable explaining the implementation of more active and innovative workplace health policies in Portugal.

The three main prompting factors reported by employers for health protection and promotion initiatives are: (i) *Employee absenteeism*; (ii) *Productivity, quality and/or competitiveness*; and (iii) *Corporate culture/management philosophy*. On the other hand, (i) *Improved staff's health*, (ii) *Improved working environment* and (iii) *Improved productivity, quality and/or competitiveness* were the three main benefits reported by companies representatives, as a result of successful implementation of workplace health initiatives.

(i) *Lack of staff commitment*; (ii) *Lack of time*; and (iii) *Problems of co-operation and communication within company or establishment* (iii) are perceived to be the main barriers companies must cope with.

Asked about the main facilitating factors, these companies have pointed out the following ones: (i) *Top management commitment*; (ii) *Corporate culture*; and (iii) *Sense of social responsibility*.

This sociological research report shows the methodological weaknesses of workplace health initiatives, carried out by Portuguese companies during the last '90s. In many cases, these programs and actions were not part of a corporate health strategy and policy, (i) based on the assessment of workers' health needs and expectancies, (ii) advocated by the employer or the chief executive officer, (ii) planned and implemented with the staff consultation and participation or (iv) evaluated according to a cost-benefit analysis.

In short, corporate health policy and action were still rather based on more traditional OSH approaches and should be reoriented towards Workplace Health Promotion (WHP) approach. According to the Luxembourg Declaration of Workplace Health Promotion in the European Union (1997), WHP is "a combination of: (i) improving the work organisation and environment; (ii) promoting active participation; (iii) encouraging personal development".





## Capítulo I – Introdução

O acordo específico sobre Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente, SH&ST), obtido em 30 de Julho de 1991, em sede de concertação social, foi saudado na altura como um “acordo histórico” (UGT, 1995: 473). Facto inédito entre nós, fora obtida a unanimidade das várias partes em presença, Governo e parceiros sociais, sobre uma matéria (i) teórica e ideologicamente controversa, (ii) técnica e juridicamente complexa, e (iii) política e socialmente sensível como era até então a SH&ST (Portugal. CPCS, 1991 a). Este resultado só se viria a repetir dez anos depois, com o Acordo de 21 de Fevereiro de 2001 (Portugal. Conselho Económico e Social, 2001).

O acordo específico de 1991 tem de ser visto dentro do enquadramento e desenvolvimento do Acordo Económico e Social, de 19 de Outubro de 1990 (Portugal. CPCS, 1990), que Rodrigues (1996: 504) qualificou também como um “marco histórico” na nossa incipiente experiência de concertação social.

Um e outro foram importantes sobretudo porque abriram as portas ao (i) *aggiornamento* legislativo, à (ii) modernização conceptual e à (iii) experimentação de novas formas de acção e organização neste domínio.

De facto, eles vão estar na origem do novo regime jurídico da SH&ST, estabelecido pelo D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991. Recorde-se que com este diploma legal o nosso país transpôs, para a ordem jurídica interna, a Directiva do Conselho 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989, relativa à aplicação de medidas destinadas a melhorar a segurança e a saúde dos trabalhadores (e, com isso, harmonizar as condições de trabalho no espaço comunitário), ao mesmo tempo que deu cumprimento às obrigações decorrentes da ratificação, em 1985, da Convenção n.º 155 da OIT, sobre Segurança, Saúde dos Trabalhadores e Ambiente de Trabalho (ILO, 1981).

Duas palavras-chaves marcam o texto dos citados acordos: modernização e competitividade. O objectivo geral do Acordo Económico e Social de 1990 era explicitamente o de (i) contribuir para a *modernização* da economia nacional, (ii) aumentar a *competitividade* das empresas e (iii) melhorar as *condições de vida e de trabalho* dos portugueses. A criação do mercado único europeu e as mudanças que se estavam a operar no tecido empresarial português eram vistas pelos subscritores do acordo (onde não se incluíam, na altura, a CGTP-IN e a CIP) como uma “oportunidade única” (sic) para a definição de uma política concertada e integrada no domínio da melhoria das condições de trabalho, ao mesmo tempo que se condenavam as práticas empresariais associadas ao *dumping* social e à desvalorização dos recursos humanos (Portugal. CPCS, 1991).

Pelo menos desde a nossa integração europeia em 1986, que a modernização tem surgido como um conceito de tipo *caixa preta* no discurso ideológico, político, económico, social, empresarial e sindical no nosso país. O tema voltará, entretanto, à agenda da concertação social em 1996. No documento *Concertação Estratégica para Modernizar Portugal: Linhas de Força para o Emprego, a Competitividade e o Desenvolvimento*, lançado pela Presidência do Conselho de Ministros para discussão pública, em meados de 1996, partia-se da constatação de que Portugal apresentava “um problema geral de competitividade face à nova lógica da globalização”. Esse problema decorria sobretudo das “fragilidades tecnológicas e organizacionais do tecido empresarial”, mas também da sua “envolvente socioeconómica”

(sistema de educação e formação, sistema de saúde, política de I&D, sistema financeiro, administração pública) (Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, 1996).

Em 2001 volta a reafirmar-se o objectivo estratégico de “conciliar a modernização do tecido empresarial com a adopção de medidas visando a melhoria das condições de segurança e saúde no trabalho” (Portugal. Conselho Económico e Social, 2001).

Os acordos de concertação social do início da década de 1990, e em especial o de 1991, geraram bastantes expectativas, nos diversos sectores (v.g., institucionais, profissionais, empresariais, sindicais), quanto à possibilidade de se dar um salto qualitativo no sistema de gestão da SH&ST, quer a nível nacional quer a nível dos locais de trabalho. Com a promulgação do D.L. n.º 141/91, de 14 de Novembro de 1991 e a sua posterior regulamentação, começaram a criar-se condições para as empresas portuguesas redefinirem as suas políticas e práticas no domínio da protecção e promoção da saúde no trabalho.

O novo quadro de referência conceptual e legal passou a dar maior ênfase tanto à (i) *prevenção dos riscos profissionais* como à (ii) *promoção da saúde*, além de passar a exigir uma (iii) maior *co-responsabilização* tanto dos empregadores como dos trabalhadores e seus representantes.

Até finais da década de 1980 a(s) política(s) de saúde no local de trabalho resumia(m)-se, em muitos casos, à organização e funcionamento de Serviços Médicos do Trabalho (abreviadamente, SMT), criados, entre nós, a partir de 1962 e sobretudo de 1967. Quanto às oportunidades de participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes no sistema de gestão da SH&ST, elas eram muito reduzidas ou praticamente inexistentes.

Na vésperas de Portugal integrar as Comunidades Europeias, a problemática da saúde e segurança no trabalho estava longe de ser uma prioridade dos portugueses, a avaliar pelo relatório elaborado pela missão multidisciplinar do PIACT-OIT (BIT, 1985; Portugal. Ministério do Trabalho e Segurança Social, 1987). E os investigadores sociais também não tinham este tópico na sua agenda (Graça, 1985). Mesmo no pós-25 de Abril de 1974, este tema não foi fonte de grandes conflitos e reivindicações (Santos, Lima e Ferreira, 1976; Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1980; UGT, 1987; Cerdeira e Padilha, 1988; Mónica, 1990; Santos, 1992; Barreto et al., 2000). Segundo Freire (1999: 63), no período de 1987 a 1995, o número de greves, no sector privado, com reivindicações na área da SH&ST terá rondado os 5% ao ano (2% em 1989 e 9% em 1995).

Em 1 de Janeiro de 1992 Portugal assume a presidência da Comissão das Comunidades Europeias e dá-se início à celebração do *Ano Europeu da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Cerca de três centenas de iniciativas são registadas nas nossas empresas e demais organizações (Graça e Faria, 1993).

Além disso, e de acordo com uma sondagem do Eurobarómetro realizada na primavera de 1991, os trabalhadores portugueses tinham expectativas mais altas do que os restantes trabalhadores europeus quanto ao papel que a Comunidade Europeia poderia desempenhar no domínio da SH&ST. De facto, (i) 92% dos portugueses inquiridos mostravam-se mais favoráveis do que os europeus em geral (87%), à aplicação de legislação no domínio da SH&ST comum a todos os Estados-membros; enquanto (ii) 76% concordavam com a afirmação de que a legislação comunitária iria melhorar as suas próprias condições de saúde e segurança no trabalho (contra 48% do total) (Commission of European Communities, 1992).

O ano de 1991 é também o da realização do 1º Fórum Nacional de Medicina do Trabalho, organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.

Era, portanto, de esperar, no início da década de 1990, que este contexto favorável, a nível nacional e comunitário, contribuísse para (i) aumentar a *frequência* das actividades de saúde e segurança no trabalho e/ou (ii) alterar a sua *natureza*, nomeadamente através do desenvolvimento de iniciativas inovadoras com o objectivo não só de prevenir a doença como de promover a saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, melhorar o desempenho económico e social das empresas.

Serve esta introdução para justificar a realização de um inquérito sociológico às políticas, programas e actividades de saúde no trabalho, levadas a cabo por uma amostra das duas mil maiores empresas portuguesas ao longo da década de 1990.

Por *políticas, programas e actividades de saúde no trabalho* entende-se (i) todo o tipo de iniciativas, planeadas e implementadas no local de trabalho, (ii) que visem, directa ou indirectamente, melhorar a saúde, o bem-estar e a segurança dos trabalhadores, (iii) orientadas quer para o indivíduo quer para o ambiente físico e psicossocial em que este vive e trabalha. Neste conceito cabe um vasto leque de actividades, umas mais estruturadas do que outras, incluindo aquelas que já eram obrigatórias por lei à data da entrada em vigor do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991 (v.g., exames médicos de admissão, vigilância das condições ambientais, equipas de primeiros socorros).

Numa perspectiva sistémica, estas iniciativas de saúde são mais do que a soma das actividades realizadas pelos serviços de SH&ST, em conjunto ou separadamente (o serviço de saúde/medicina do trabalho, por um lado; e o serviço de segurança e higiene do trabalho, por outro). *Grosso modo*, estas iniciativas estão abrangidas pelo conceito de promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST), na acepção que lhe foi (i) dada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984 e 1986), (ii) adaptada pela equipa do projecto *Innovative Action for Health at Workplace* (Wynne, 1989; Wynne e Clark, 1992), e mais tarde (iii) consignada na *Declaração do Luxemburgo para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho* (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

Para Graça e Faria (1992), o conceito, os princípios e a metodologia da PST ofereciam já na época um *quadro de referência global e integrado*, com potencialidades teóricas e práticas para a investigação e a intervenção no domínio das condições de trabalho e saúde. Mesmo que o conceito fosse difícil de operacionalizar e sobretudo de pôr em prática, entendia-se que a PST não poderia ficar de fora das estratégias de modernização das nossas empresas e demais organizações e muito menos das políticas de valorização estratégica dos seus recursos humanos (Rodrigues, 1991b).

O alcance teórico e prático do conceito de PST será melhor explicitado e desenvolvido na revisão de literatura sobre este tópico. Para além de se (i) fazer o *estado da arte* da protecção e promoção da saúde no trabalho e o balanço das políticas, programas e actividades das empresas portuguesas no domínio da saúde no trabalho na década de 1990, pretende-se também com este estudo (ii) abrir novas perspectivas para a investigação, a educação, a formação e a acção neste campo de problemas e, sobretudo, (iii) aprofundar o conhecimento dos factores, endógenos e exógenos, que podem contribuir para a efectiva e concreta integração dos serviços de SH&ST na estratégia, na política e no sistema de gestão da empresa.

A tendência actual, tanto nos EUA e no Canadá como na Europa, é para alargar e enriquecer o conceito de PST (por ex., protecção e promoção da saúde no trabalho) ou até eventualmente integrá-lo, tal como o conceito de SH&ST, num modelo mais abrangente e mais próximo do *business* e da *corporate culture*: o conceito de sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho (*health management* ou *OSH management system*) (ILO, 2001; OIT, 2002).

De qualquer modo, no início da década de 1990, persistiam ainda, em Portugal, uma série de constrangimentos ou obstáculos ao desenvolvimento de experiências inovadoras e ao aparecimento de exemplos de boas práticas no domínio da saúde no local de trabalho. Entre outros podiam apontar-se: (i) um enfoque ainda excessivo na reparação ou, quando muito, na simples prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais; (ii) o conceito redutor do campo coberto pela tradicional expressão *higiene e segurança no trabalho*; (iii) a desactualização e dispersão do quadro legislativo e regulamentar; (iv) o poder dos especialistas; (v) a natureza medicocêntrica dos serviços de saúde e segurança no trabalho; (vi) a falta de formação em protecção e promoção da saúde no trabalho; (vii) o défice de participação organizacional; (viii) a incipiente experiência de concertação social; (ix) a crónica falta de recursos (humanos, técnicos, logísticos, financeiros); (x) o receio de politização das questões de SH&ST; (xi) o economicismo da contratação colectiva; (xii) a inexistência de análises de custo/benefício; (xiii) a ausência de práticas de *marketing* e de *benchmarking*; (xiv) a fraca cooperação intersectorial, dentro e fora da empresa; ou ainda (xv) a pouca visibilidade da saúde pública nos locais de trabalho (Graça e Faria, 1992; Graça, 1995).

Os principais objectivos deste projecto de investigação são os seguintes: (i) identificar e caracterizar as políticas, programas e actividades de saúde nos locais de trabalho, em termos da sua *frequência, tipologia e índice de saúde*; (ii) distinguir as empresas eventualmente mais activas e inovadoras da década de 1990 em função do grau de integração do seu sistema de gestão da SH&ST; (iii) identificar *as razões, de natureza económica, social ou outra*, que levam a empresas a investir no domínio da saúde dos seus trabalhadores; (iv) identificar *factores, endógenos e exógenos* que possam *facilitar ou dificultar* a acção e a inovação no domínio da saúde no local de trabalho; e ainda (v) *avaliar* sumariamente, em termos de custos e benefícios, as políticas de saúde no local de trabalho levadas a cabo.

Trata-se de um estudo essencialmente *não experimental, descritivo e transversal*, baseado na técnica do *inquérito por questionário postal*. Embora o universo ou população de referência se limite às nossas duas mil empresas com 100 ou mais trabalhadores (sendo dos sectores primário e secundário) ou com 75 trabalhadores (sendo do sector terciário), pretende-se saber se há diferenças entre elas em função do seu (i) sistema de gestão da SH&ST mas também de (ii) algumas variáveis de caracterização, quer sociodemográficas (por ex., nível de sindicalização do pessoal) quer técnico-organizacionais (por ex., modernização do sistema de trabalho).

A principal pergunta de investigação pode ser formulada genericamente nestes termos: Qual é o *perfil* da empresa mais activa e, eventualmente, mais inovadora no domínio da saúde e segurança no trabalho? Alguns dos critérios a utilizar têm fundamentação na literatura, outros são meramente intuitivos e exploratórios.

A caracterização sociodemográfica e técnico-organizacional das empresas é importante para perceber por que é que há umas mais activas (e, eventualmente, mais inovadoras) do que outras, em matéria de política(s) de saúde no local de trabalho. De entre essas características, poderia salientar-se, por exemplo, (i) a *certificação da qualidade*, (ii) a *modalidade* de organização

e funcionamento dos serviços de SH&ST ou (iii) as *formas de participação* dos trabalhadores. A hipótese de partida tem a ver sobretudo com o grau de *integração do sistema de gestão da SH&ST*, dado por um índice ponderado, constituído por 15 indicadores que serão explicitados no modelo de análise.

Outra das perguntas de investigação a que se pretende responder é relativa ao *tipo* e ao *número* de políticas, programas e actividades levadas a cabo pelas empresas (ou estabelecimentos), visando directa ou indirectamente a saúde, o bem-estar e a segurança no trabalho.

Estas *iniciativas de saúde* podem ir dos (i) clássicos exames de vigilância médica periódica, efectuados no âmbito da medicina do trabalho, até às (ii) mudanças operadas no clima organizacional, na organização do trabalho ou no tempo de trabalho passando pelos (iii) programas de gestão do stress até à (iv) criação de infra-estruturas, equipamentos ou programas de apoio social (por ex., salas de repouso, de convívio ou de lazer, refeitórios, creches, transportes, clubes de empresa, serviços de enfermagem e clínica geral, instalações para a prática de actividade física).

Distinguiram-se *cinco grupos principais* de políticas, programas e actividades: A (Higiene & Segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho); B (Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde); C (Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis); D (Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho); E (Actividades e programas sociais e de bem-estar).

Admitia-se, à partida, que algumas dessas actividades pudessem ser mais *frequentes* do que outras, devido à historicidade da medicina do trabalho ou às obrigações legais impostas ao empregador. Nomeadamente, as de tipo A e B (associadas tradicionalmente à SH&ST) deveriam ser mais prováveis do que as de tipo C, D e E (mais facilmente associadas à PST).

Na realidade, a *medicina do trabalho* (que é de natureza preventiva), bem como a oferta de *cuidados clínicos*, têm já uma certa tradição nas nossas empresas de maior dimensão, remontando pelo menos ao início da década de 1960. A *higiene e segurança do trabalho*, incluindo a protecção contra certos riscos profissionais e a melhoria do ambiente físico de trabalho, também têm alguma tradição no nosso país: as primeiras preocupações sociais e as primeiras medidas legislativas neste domínio remontam pelo menos à década de 1890, altura em que é criada entre nós a inspecção do trabalho.

Mais recentes são as preocupações, por parte quer da saúde pública quer dos empregadores, com os *comportamentos de risco ou estilos de vida* dos trabalhadores (por ex., consumo de tabaco, e droga; controlo do peso, alimentação e actividade física). Uma possível excepção, são os problemas relacionados com o álcool no trabalho.

Fora a medicina do trabalho, e as disciplinas com ela relacionadas, tais como a higiene industrial e a patologia ocupacional (Faria e Uva, 1988; Uva, 1998; Miguel, 2000; Silva, 2002), não temos em Portugal uma tradição de *work science*, ou seja, um conjunto de teorias, métodos e técnicas que, fundados na ergonomia, na fisiologia humana, na psicologia, na sociologia, na engenharia de produção e disciplinas afins, possam ser accionados e postos ao serviço do desenho dos sistemas e postos de trabalho, da melhoria da interface homem/máquina, da introdução antropocêntrica das novas tecnologias, da criação de um

*supportive environment* ou até da simples avaliação e melhoria das condições de trabalho (Graça, 1987; Kovács e Moniz, 1987; Moniz, 1992a; Cabeças e Graça, 2001).

Mais exactamente, não temos uma tradição de *intervenção sociotécnica* nos locais de trabalho, tal como tem vindo a ser defendido pelos sociólogos do trabalho e das organizações (Baptista et al., 1984; Moniz, 1992; Freire, 1993 e 1999). Por essa razão, as mudanças técnicas e organizacionais visando a melhoria da saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores, serão à partida as menos esperadas.

Finalmente, tirando alguns exemplos pioneiros de *industrial welfare* (caso da CUF nos anos 40 e 50), também não temos uma tradição de *programas sociais e de bem-estar*. Será por isso ainda relativamente rara a existência de técnicos de serviço social ocupacional, fazendo a ligação entre o local de trabalho, a comunidade e a família. Como serão raros os *Employee Assistance Programs* cuja origem remonta, nos EUA, ao pós-guerra.

Par além da prevalência ou frequência deste tipo de actividades, interessava saber qual era o seu *índice de saúde*, ou seja, em que medida visavam a melhoria da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Uma outra questão relevante é a de conhecer *os objectivos, as razões ou as motivações* (*prompting factors*, em inglês) que levam as empresas portuguesas a tomar iniciativas no domínio da saúde dos trabalhadores. Admite-se que o leque de *prompting factors* seja grande. Nalguns casos serão de (i) sinal *negativo* (por ex., frequência e gravidade dos acidentes de trabalho, absentismo, problemas de produtividade, qualidade e competitividade); noutros, de (ii) sinal *positivo* (por ex., filosofia de gestão, responsabilidade social, preocupação explícita com a saúde dos colaboradores, imagem externa).

Além disso, esses *prompting factors* podem ser complementares: por ex., reduzir a taxa de gravidade dos acidentes, baixar o absentismo, aumentar a produtividade, melhorar o clima organizacional e, ao mesmo tempo, cumprir a lei.

Uma distinção deverá ser feita entre: (i) acções desenvolvidas com o *principal objectivo* de prevenir a doença e os acidentes e/ou de promover a saúde (por ex., insonorização de uma oficina, exercício físico, exames médicos periódicos, automatização ou robotização de operações perigosas, repetitivas ou monótonas, introdução de pausas no trabalho, sistema de sinalização de SH&ST); e (ii) acções que *podem* contribuir para a melhoria da saúde dos trabalhadores mas em que a saúde, o bem-estar e/ou a segurança *não são explicitamente* tidas em conta (por ex., certificação da qualidade, reestruturação do aparelho produtivo, introdução de novos métodos de gestão, formação profissional, reorganização do trabalho, *Total Quality Management* (abreviadamente, TQM), apoio ao clube desportivo, substituição parcial ou total do parque de máquinas, organização do trabalho baseada em equipas).

Este último tipo de acção, realizada por imperativos de racionalidade técnico-organizacional, económica ou outra, só se deve considerar uma *iniciativa de saúde* se os efeitos para a saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores forem total ou parcialmente tidos em conta, pelo menos na sua fase de implementação. Daí pretender-se medir o *índice de saúde* das políticas, programas e actividades, em curso nas nossas empresas. Políticas como, por ex., o TQM, o consumo de tabaco ou a prevenção e redução do absentismo, para poderem ser consideradas iniciativas de saúde, têm de ter como um dos seus objectivos (mesmo que secundários ou

mediatos) (i) a prevenção dos acidentes e da doença; e sobretudo (ii) a melhoria do ambiente (físico e psicossocial) de trabalho, com reflexos na saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Medidas meramente disciplinares como a proibição de fumar, a restrição das áreas de fumo ou o controlo do consumo de álcool, por ex., não podem caber no conceito de políticas, programas ou actividades de saúde, a menos que sejam acompanhadas de acções de educação para a saúde ou de apoio aos trabalhadores com problemas de saúde e/ou de empregabilidade, ou que muito simplesmente querem mudar os seus *estilos de vida*.

Um quarto grupo de questões refere-se à estratégia e aos métodos usados, bem como aos factores que facilitam ou, pelo contrário, constituem obstáculo à implementação, com sucesso, das políticas, programas e actividades de saúde (Sloan, Gruman e Allegrante, 1987; Griffiths, 1995; Wynne, 1998). Toda a estratégia de mudança, seja comportamental seja organizacional, tem basicamente duas grandes etapas com várias fases: (i) *planeamento* (estudo, concepção e decisão); e (ii) *implementação* (acção, avaliação, conclusão). A participação dos trabalhadores e/ou dos seus representantes é vista como uma variável crítica em qualquer processo de mudança centrado no local de trabalho, para mais num país como Portugal que apresenta o mais baixo índice de participação organizacional no conjunto dos Quinze.

Interessa, pois, saber se as estratégias de saúde que estão a ser usadas são mais de tipo (i) *top-down* (de cima para baixo) ou (ii) *bottom-up* (de baixo para cima), o mesmo é perguntar se são (i) tecnocêntricas ou (ii) antropocêntricas. Daí se tentar identificar e caracterizar as formas e o nível de participação dos trabalhadores. No ciclo de vida destas acções também podem (e devem) participar outros actores, a começar pela gestão de topo, a direcção de pessoal, os serviços de SH&ST e as estruturas de representação como a comissão paritária de segurança e saúde no trabalho.

É igualmente importante para o desenvolvimento da saúde ocupacional em Portugal identificar e perceber quais são as *barreiras* que se deparam às empresas que querem apostar na melhoria da saúde, bem-estar e segurança dos seus trabalhadores. Essas *barreiras* podem ir desde a escassez de recursos (técnicos, científicos, humanos ou financeiros) até à falta de empenho dos trabalhadores e/ou dos seus representantes (Graça, 1994).

Mas há também *factores facilitadores* da acção. Entre outros, poderá citar-se, de acordo com a literatura, (i) uma cultura organizacional propícia; (ii) a vontade política da direcção da empresa e dos representantes dos trabalhadores; (iii) a existência de equipa de saúde multidisciplinar, baseada na empresa; ou (iv) o empenho da administração/direcção.

Uma sumária análise de tipo custo/benefício será ensaiada, a partir das respostas a perguntas específicas sobre os benefícios (económicos e/ou sociais) esperados pela empresa e dos encargos com a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Por fim, serão feitas recomendações aos principais *stakeholders* desta área de conhecimento e de acção colectiva que é a protecção e a promoção da saúde no trabalho, enquanto parte integrante da nossa estratégia de saúde e do nosso desenvolvimento sustentado.





## Capítulo II – O estado da arte da protecção e promoção da saúde no trabalho

### 2.1. Introdução

A protecção e a promoção da saúde no trabalho tendem a ser vistas, hoje em dia, não tanto em termos de actividades específicas *per se* como sobretudo em termos de princípios de abordagem. Como sociólogo tenderei a vê-las como um processo sócio-organizacional, inovador, integrado e participativo.

Subsiste, no entanto, a tradicional distinção entre a *promoção da saúde* (enfoque no indivíduo, nos comportamentos de risco e nos estilos de vida saudáveis) e a *protecção da saúde* (ênfase no ambiente, na prevenção dos acidentes e dos riscos profissionais). Prevenir os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores são os dois principais objectivos do sistema de gestão da segurança, higiene e saúde no trabalho (abreviadamente, SH&ST) que, de resto, estão consagrados na legislação portuguesa desde 1991.

Uma perspectiva e outra não são disjuntivas. Mas têm diferentes tradições históricas e fundamentações teóricas que importa sumariamente descrever e analisar. Por exemplo, nos Estados Unidos as expressões *Occupational Safety and Health* (abreviadamente, OSH) e *Workplace Health Promotion* (abreviadamente, WHP) tendiam originalmente a aparecer dissociadas. Têm sido sobretudo os europeus a procurar integrar os dois conceitos: “Two developments provide the basis for current activity in workplace health promotion. The first, the Framework Directive on Safety and Health (Council Directive 89/391) prepared the ground for a reorientation of traditional occupational health and safety (OHS) legislation and practice. The second is the increasing profile of the workplace as a setting in public health” (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

Embora, na Europa, tenha chegado mais tarde aos locais de trabalho, contrariamente ao que se passou na América do Norte, o conceito de *promoção da saúde* não era estranho ao campo da SH&ST. De facto, já em 1950, a primeira sessão do comité misto da OIT/OMS sobre a a saúde ocupacional, apontava nesta direcção, ao propor que o objectivo dos serviços de SH&ST deveria ser: (i) a promoção e a manutenção (“promotion and maintenance”) do mais elevado grau de bem-estar (físico, mental e social) dos trabalhadores, qualquer que seja a sua profissão ou ocupação; (ii) a prevenção da incapacidade temporária ou definitiva, por motivos de saúde relacionados com as condições de trabalho; e (iii) a protecção da saúde dos trabalhadores (ILO. WHO, 1950).

Ne revisão de literatura sobre a arte de proteger e promover a saúde dos trabalhadores, vou debruçar-me sobre oito tópicos principais: (i) a história da saúde no trabalho; (ii) o sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho; (iii) desenvolvimento organizacional e inovação em saúde no trabalho; (iv) a participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST; (v) a natureza e a frequência dos programas e actividades de saúde no trabalho; (vi) os principais problemas de saúde da população trabalhadora; (vii) os principais *prompting factors* das políticas; e, por fim, (viii) custos e benefícios.

## 2.2. Breve enquadramento histórico da saúde no trabalho

### 2.2.1. Introdução

Na Europa, e em particular nos Estados-membros que constituem hoje a União Europeia, incluindo Portugal, há uma tradição histórica no âmbito da protecção e promoção da saúde da população trabalhadora (Schilling, 1973; Murray, 1987; Graça, 2002).

Foi na Europa, e muito em particular, na Grã-Bretanha, que emergiu a primeira revolução industrial e com ela uma nova classe social, a classe operária ou *working class* (Thompsonson, 1968). Foi na Europa que surgiram as primeiras preocupações com as consequências sociais da industrialização. Foi na Europa que nasceu a legislação laboral, com os primeiros *factory acts* regulamentando a idade de admissão no trabalho e a duração da jornada de trabalho. Em países como a Alemanha, a Inglaterra ou a França, foi o próprio Estado liberal que acabou por ser tomar medidas legislativas e regulamentadoras em domínios como as condições de trabalho, o trabalho infantil e feminino, a inspecção do trabalho ou a reparação médico-legal nos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Mas essas medidas não podem ser desligadas da primeira vaga da integração económica europeia, no período entre 1850 e 1913 (Huberman e Lewchuck, 2002). Quanto à medicina do trabalho propriamente dita, ela foi precedida pela reforma sanitária. O país que foi berço da Revolução Industrial, também o foi do sanitarismo (Chave, 1984; Murray, 1987; Sellers, 1987) e da epidemiologia (Snow, 1855; Beglehole, Bonita e Kjellström, 2003).

Convirá, porém, aqui dizer que o problema das *indústrias insalubres, incómodas e perigosas* (como era conceptualizado e verbalizado pela elite emergente do Século das Luzes), não se vai pôr tanto na perspectiva da (i) saúde da população trabalhadora como sobretudo da (ii) saúde pública e comunitária. As primeiras preocupações dos observadores e reformadores sociais, dos higienistas, dos médicos (v.g., Snow, 1855) e dos poderes públicos vão-se polarizar à volta dos novos problemas de *salubridade* (e, inevitavelmente, de *controlo social*), postos pelo crescimento industrial, demográfico e urbano.

No seu *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (1842), Edwin Chadwick (1800-1890) (i) pôs em evidência a relação entre a estratificação socioespacial nas cidades e a incidência da morbimortalidade; mostrou como a esperança de vida variava em função da classe social: por exemplo, em Leeds, ia dos 44 anos, para a *gentry*, aos 19 anos para os *workmen* (e 27 para os *tradesmen*); (ii) associou a prevalência de doenças endémicas e epidémicas (v.g., cólera, tifo, tuberculose) à miséria, à sobrepopulação e à falta de saneamento básico e de higiene pessoal nas principais cidades inglesas, em particular as do Norte, que conheceram um crescimento demográfico exponencial em menos de meio século; (iii) avançou, por fim, com a proposta de criação de um sistema de saúde pública, baseado nas figuras do engenheiro sanitário e do *medical officer of health*.

É (i) a *miséria* (e os seus potenciais *perigos para a ordem social*) mas também (ii) a *compaixão* burguesa que levam à realização dos primeiros inquéritos sociográficos sobre as condições de vida e de trabalho nas cidades industriais emergentes. Poderia citar-se o caso, por exemplo, do médico L.-R. Villermé (1782-1863) que realizou um vasto inquérito sobre as condições de vida e de trabalho (incluindo a saúde) dos operários franceses das tecelagens de algodão, lã e seda (*Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers Employés dans les Manufactures de Coton, de Laine et de Soie*, Paris, 1840) (Graça, 2002).

Por sua vez, a necessidade de um novo paradigma explicativo para os novos problemas de morbimortalidade, está bem patente na controvérsia que se estabeleceu a propósito da tuberculose no final do Séc. XIX: "Est-elle maladie des taudis, comme le pensait la médecine ou, comme l'affirmaient les syndicats ouvriers, *la maladie de l'usure au travail* ?" (Herzlich, 1984: 154. Itálicos meus).

### 2.2.2. A emergência da saúde pública

A saúde pública vai ter um grande impacto na melhoria das condições de vida da população europeia, ao preconizar e implementar um conjunto de medidas elementares mas eficazes como o abastecimento de água potável, a rede de saneamento básico, a utilização de desinfetantes, a recolha do lixo nas grandes aglomerações urbanas, a pavimentação das ruas, a drenagem de pântanos, a vacinação, a educação sanitária das populações, a vigilância epidemiológica, o licenciamento industrial, etc. (Snow, 1855; Chave, 1984; Lyons e Petrucelli, 1991; Graça, 1996; Sellers, 1997).

Chadwick é considerado um dos pais fundadores do sanitarismo oitocentista. Formado sob a influência dos princípios do malthusianismo e do utilitarismo, Chadwick integra a *Royal Commission on the Poor Law* de que se tornará, a partir de 1834, secretário e depois *chief executive officer*. Foi nessa comissão (encarregue de rever a reforma do sistema de assistência pública e da repressão da indigência que remontava a 1601) que se reforçou a sua fundamental para o desenvolvimento do capitalismo liberal na Grã-Bretanha (Thompson, 1968; Chave, 1984; Geremeck, 1995).

No seu já citado *General Report*, que foi um verdadeiro *best-seller* no seu tempo, Chadwick terá então oportunidade de desenvolver a sua *sanitary idea*, inovadora (e para alguns ameaçadora), numa época em que ainda estavam em vigor as duas ideias-chaves do sanitarismo do Ancien Régime: a segregação e a quarentena. A nova concepção do sanitarismo pode ser resumida em três pontos: (i) uma teoria da causalidade; (ii) um sistema de drenagem dos esgotos e de abastecimento de água; e, por fim, (iii) a criação da figura do engenheiro sanitário e do *Medical Officer of Health* (MOH) (Chave, 1984).

Na sequência da epidemia de cólera de 1847, é promulgado em 1848 o primeiro *Public Health Act*, criado o *General Board of Health* e nomeado o primeiro MOH da cidade de Londres, John Simon (1816-1904), o qual irá continuar a desenvolver, na esteira de Chadwick, as embrionárias estruturas de saúde pública. O *Public Health Act of 1875* veio criar, por sua vez, o verdadeiro *national public health service*, de que o nosso Ricardo Jorge (1858-1939) era um entusiástico admirador (Correia, 1960; Graça, 1996).

### 2.2.3. A proto-história da legislação sobre a saúde no trabalho

É costume atribuir-se ao *Health and Morals of Apprentices Act of 1802* o início de uma produção legislativa específica no domínio da protecção social dos trabalhadores. Mas esta lei não teve efeitos práticos por falta de instrumentos para a sua aplicação efectiva e concreta. É, em todo o caso, a primeira tentativa para obrigar o relutante Estado liberal a intervir na protecção dos menores, quebrando assim o tabu do *laissez faire, laissez passer*. O diploma não estabelecia restrições quanto à idade mínima de admissão ao trabalho. Em todo o caso vinha: (i) limitar a um máximo de *doze as horas de trabalho diário* dos aprendizes; (ii) proibir o *trabalho nocturno*; (iii) ordenar a *limpeza* das paredes dos estabelecimentos fabris duas vezes por ano bem como a *ventilação* dos dormitórios; e (iv) criar a função de *inspecção do trabalho*.

Na realidade, será preciso esperar três décadas até que, em 1832, Michael Sadler (1780-1835) apresenta no Parlamento inglês uma proposta de lei, essa sim, verdadeiramente pioneira. Irá dar origem ao *Factory Act of 1833*, à criação do *Factory Inspectorate* e à entrada dos médicos nas fábricas como peritos na *certificação da idade mínima* para o trabalho fabril (9 anos na indústria têxtil). De facto, mais tarde, a legislação de 1844 veio atribuir aos inspectores competências para nomear *certifying surgeons*. Entretanto, com a obrigatoriedade do registo de nascimento na Inglaterra e no País de Gales a partir de 1837, a certificação médica da idade irá tornar-se redundante, pelo que o *Factory Act of 1855* passou a conferir aos médicos duas novas obrigações: (i) o exame médico de aptidão física; e (ii) a investigação dos acidentes de trabalho. O legislador inglês acabava, assim, por criar "a rudimentary industrial medical service, the first of its kind" (Schilling, 1973: 11).

Já no reinado da Rainha Vitória (1837-1901), é promulgado em 1847 o *Ten Hour Act*, culminando uma longa batalha de quase duas décadas pelo horário de trabalho de dez horas, batalha essa que ficou conhecida pelo *Ten Hour Movement*. E cinco anos antes tinha sido publicado o *Children's Employment Commission, First Report, 1842*, o qual vai ter um grande impacto na opinião pública, dando origem à promulgação do *Mines Act of 1842*. O emprego de mulheres e de raparigas nas minas subterrâneas passava finalmente a ser proibido, enquanto aos rapazes era exigida a idade mínima de 10 anos.

A pouco e pouco, e ao longo da segunda metade do Século XIX, os sucessivos *Factory Acts* (com destaque para o *Factories and Workshops Act of 1867*) estenderam-se a todos sectores económicos (incluindo a agricultura), reforçando o princípio do controlo das condições de trabalho e abrindo o caminho à protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

#### 2.2.4. Medicina do trabalho ou medicina no trabalho ?

Segundo o clássico *Hunter's Diseases of Occupations* (Murray, 1987: 113), a primeira referência conhecida à criação de um serviço médico no local de trabalho é de 1789. Em 1795 o Dr. Peter Holland (1766-1855) era não só médico assistente da família do proprietário duma manufactura têxtil, em Quarry Bank, como dos seus aprendizes. Há registos clínicos das suas consultas, pelo menos desde 1804.

No entanto, caberá à cidade de Leeds, o grande centro algodoeiro de Inglaterra, a honra de ter sido o berço da medicina do trabalho, a avaliar pelo exemplo pioneiro de Robert Baker (1803-1880). Por volta de 1830, este médico local, autor de relatórios de saúde pública e futuro inspector do trabalho, terá sido o primeiro a aconselhar, a um empregador que o procurou ("perturbed by the public concern about children being crippled by the long hours and conditions of factory life"), a criação de um serviço médico na sua fábrica ("a medical officer should be appointed to visit the factory daily and watch the effects of work on the children's health") (Murray, 1987: 122). Iremos encontrá-lo, mais tarde, em Outubro de 1834, a exercer as funções de *Subinspector of Factories*, nomeado ao abrigo do *Factory Act of 1833* (Lee, 1964; Mendes e Dias, 1991; Sellers, 1997).

Da proto-história da medicina do trabalho há um nome que é incontornável, o do italiano Bernardo Ramazzini (1633-1714). De facto ele foi o primeiro a analisar de maneira exaustiva e sistemática a relação entre o trabalho e a saúde. O seu *De morbis artificum diatriba* (1700; ed. rev., 1713) é considerado o primeiro tratado importante sobre as doenças profissionais ou, pelo menos, sobre as doenças relacionadas com a ocupação ou profissão no modo de produção pré-industrial. Durante praticamente quase dois séculos foi uma obra de referência da medicina e da higiene do trabalho. Conheceu vinte e quatro reedições e foi traduzida para

as principais línguas europeias: Uma das primeiras traduções a ser feita foi a francesa, *Traité des maladies des ouvriers* (1770). Há uma moderna tradução para português, feita no Brasil pelo médico português Raimundo Estrela (Mendes, 2001; Ramazzini, 2001).

Ramazzini teve um papel pioneiro no âmbito do desenvolvimento das disciplinas que se irão constituir à volta da problemática da saúde e segurança no trabalho, e nas quais se incluem a medicina do trabalho, a higiene industrial, a patologia do trabalho e a epidemiologia social. Citando Mendes (2001), o seu contributo para o exercício da medicina do trabalho poderia ser resumido nestes termos: (i) interesse por um vasto grupo da população activa até então ignorada e menosprezada pela medicina e pelos médicos no *Ancien Régime*: os artesãos; (ii) percepção dos principais determinantes da saúde/doença (ambientais, comportamentais, sociais); (iii) definição da metodologia de intervenção do médico do trabalho (recurso ao estado da arte ou revisão bibliográfica; visita aos locais de trabalho e observação directa; entrevista com o trabalhador; história ou anamnese profissional); (iv) abordagem clínico-individual da doença ocupacional; e, por fim, (v) criação de perfis epidemiológicos de morbimortalidade causada pelo (ou relacionada com o) trabalho.

O exemplo pioneiro de Ramazzini será seguido, mais tarde, na Grã-Bretanha por outros médicos como Percival Pott (1713-1788) e Charles Turner Thackrah (1795-1833), este último um médico de Leeds, tal como Baker, que publicou a primeira obra original, em língua inglesa, sobre as doenças profissionais, numa época em que os tratados, nesta matéria, se limitavam a plagiar descaradamente o velho Ramazzini. O seu livro, datado de 1830, tem o seguinte título, sugestivo e extenso, ainda muito ao gosto do Século das Luzes: *The Effects of the Principal Arts, Trades and Professions, and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity with Suggestions for the Removal of many of The Agents which produce Disease and shorten the Duration of Life*.

O *Hunter's Occupational Diseases* considera que não foi Ramazzini mas Thackrah a fundar a medicina do trabalho (Murray, 1987). Chauvinismo à parte, a Inglaterra reunia então todas as condições para liderar não só a produção legislativa no campo do trabalho industrial como o próprio desenvolvimento técnico, científico, profissional e organizacional desta área do conhecimento humano e da acção colectiva.

Em 1883 o parlamento inglês tinha aprovado a primeira lei visando uma doença profissional específica, resultante da exposição ao chumbo e seus compostos: *Factories (Prevention of Lead Poisoning) Act*. Em 1891 o *Factory and Workshop Act* consolida e alarga as medidas de protecção no âmbito da SH&ST. O princípio da obrigatoriedade da notificação das doenças profissionais só será, contudo, estabelecido em 1895 (*Factory and Workshop Act of 1895*). As doenças resultantes da exposição ao chumbo e seus compostos, ao fósforo, ao arsénio e ao antraz passam a ser objecto de notificação obrigatória (para o *Chief Inspector of Factories*, acompanhada do respectivo relatório). Os trabalhadores expostos a essas substâncias perigosas passam então a ser submetido a exames médicos periódicos. Esta legislação será entretanto reforçada em 1901 (Murray, 1987; Warren, 2000).

Em 1898 é nomeado o primeiro *Medical Inspector of Factories*, na pessoa de Thomas M. Legge (1863-1932). É também quase ao virar do século que é, tardiamente, introduzido em Inglaterra o (1897). As doenças profissionais só passariam a ser objecto de reparação em 1906, se bem que a lista de factores de risco fosse ainda muito reduzida. Entre duas datas emblemáticas, 1802 (*Health and Morals of Apprentices Act*) e 1897 (*Workmen's Compensation Act*) tinha passado um século.

Todavia, o desenvolvimento da medicina do trabalho vai ser lento, mesmo beneficiando, ao virar do Séc. XX, do arranque da segunda revolução industrial, baseada na petroquímica e no motor de explosão bem como nos princípios do taylorismo-fordismo de que vão resultar (i) a centralização burocrática das empresas, (ii) a racionalização da organização do trabalho e (iii) a desqualificação do trabalhador (Taylor, 1911; Friedman, 1955; Durand, 1978; Rolle, 1978; Coriat, 1979; Perrot, 1985).

A primeira associação profissional de médicos do trabalho ingleses data apenas de 1935 (AIMO—*Association of Industrial Medical Officers*). Em 1956 a AIMO publicou *The functions of an occupational health service in an industrial organization* (Warren, 2000). Em 1965 passou a designar-se SOM – *Society of Occupational Medicine*.

Quanto ao *American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)*, cuja designação actual é de 1992, as suas origens remontam a 1916, altura em que se formou a *American Association of Industrial Physicians & Surgeons (AAIP&S)*, mais tarde, *Industrial Medical Association (IMA)* (1951). É hoje a maior associação de medicina do trabalho do mundo: tem cerca de 7 mil associados (incluindo especialistas em saúde ambiental), dois terços dos quais ligados à prática clínica.

Em rigor, até à II Guerra Mundial vamos encontrar não propriamente médicos *do* trabalho como sobretudo (alguns) médicos *no* trabalho, por analogia com os sociólogos *da* saúde, que terão começado por ser sociólogos *na* saúde (Gill, 1986). Até tarde, até à promulgação da *Occupational Safety and Health Act of 1970*, a medicina do trabalho nos Estados Unidos esteve prisioneira do sistema privado de reparação dos acidentes de trabalho, o chamado *business-controlled 'compensation-safety establishment*. Segundo Berman (1977: 65), “to minimize financial settlements to workers, companies created the ghettoized institution of company medicine, in which the industrial physician became the company’s advocate in compensation claims, backed by an infrastructure of lawyers and corporate-sponsored research findings discounting job hazards”.

Fundada em 1939, a *American Industrial Hygiene Association (AIHA)* representa, por sua vez, os técnicos e os especialistas em segurança e higiene do trabalho, tendo cerca de 12 mil membros. O desenvolvimento científico e técnico da medicina do trabalho e áreas afins como a toxicologia e a higiene industrial, não pode ser desligado do nome, também incontornável, de Alice Hamilton (1869-1970).

Mais antiga é a Comissão Internacional de Saúde Ocupacional – em inglês, *International Commission on Occupational Health (ICOH)*; em francês, *Commission Internationale de la Santé au Travail (CIST)*. Fundada em 1906, em Milão, na sequência do primeiro *Congresso Internacional das Doenças do Trabalho*, a ICOH tem hoje como principal objectivo promover o progresso, o desenvolvimento e o conhecimento científico da saúde ocupacional, em todos os seus aspectos, numa base internacional.

Durante muito tempo, o papel dos médicos no local de trabalho dos trabalhadores será mais orientada para a casuística da *reparação* de lesões e doenças específicas do que para a *prevenção* dos riscos e factores de risco no local de trabalho. Como, de resto, o reconhece o *Hunter’s Occupational Diseases*. Nos primeiros anos de vigência do *Workmen’s Compensation Act* os médicos eram recrutados pelos empregadores apenas para verificar a validade das queixas dos trabalhadores. Em muitos casos, por boas ou más razões, “the doctor gave evidence that the worker was not suffering from the specific prescribed disease under consideration. The evidence of doctors to the 1907 Departmental Committee indicates that many of them

attributed the diseases to improvidence or alcoholism or both. The result was the evil appellation of any doctor who worked for an employer as a ‘compensation doctor’ ” (Murray, 1987: 183).

Nunca tendo sido obrigatória por lei, no Reino Unido, a organização dos *occupational health services*, ela não deixa de estar na origem de acentuada controvérsia, alimentando durante décadas a fio a suspeita da falta de independência do *industrial medical officer* face ao empregador: “This was an unhappy introduction of medicine to industry. The industrial medical officer was often regarded by workmen as the employer’s man – a suspicion which, however unfounded it may have been, has died hard” (Schilling, 1973: 13).

Trata-se de um caso típico de “dual loyalty conflict” que continua a atravessar a história e a prática das profissões de saúde (Physicians for Human Rights..., 2002) e que, no caso dos médicos do trabalho e de outros profissionais de saúde, continua a ser um problema central em termos de ética e deontologia da profissão (Allegrante e Sloan, 1986; ICOH, 1992; Lurrie, 1994).

Só com o *Factories (Medical and Welfare Services) Order of 1940, No. 1325*, é que os serviços de saúde ocupacional no Reino Unido irão, entretanto, conhecer um certo desenvolvimento, nomeadamente nas indústrias reconvertidas para apoiar o esforço de guerra (v.g., fabrico de armamento e munições) (Warren, 2000). Nestas indústrias específicas, é exigida (i) a vigilância da saúde dos trabalhadores (maioritariamente mulheres), é criada (ii) a *occupational health nursing* e (iii) os serviços de primeiros socorros, para além dos (iv) *welfare services*.

Embora a enfermagem de saúde ocupacional não tenha em rigor mais de meio século, a primeira enfermeira diplomada a trabalhar numa organização industrial terá sido Philipa Flowerday em 1878, na J.& J. Colman, de Norwich: entre outras funções, fazia visitas domiciliárias aos trabalhadores doentes (Warren, 2000). Em 1860 Florence Nightingale tinha criado em Londres a primeira escola profissional de enfermagem (Woodham-Smith, 1951; Graça e Henriques, 2002). Por sua vez a *American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)* remonta a 1942, ano em que foi fundada por cerca de 300 enfermeiros do trabalho. Designava-se então *American Association of Industrial Nurses (AAIN)*. Hoje esta associação profissional tem cerca de 12500 membros em todos os Estados Unidos.

A certificação dos enfermeiros do trabalho é, contudo, mais recente, datando de 1972, ano em que foi criada a *American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN)*. O papel dos enfermeiros do trabalho tem vindo a ser revalorizado no âmbito do desenvolvimento dos sistemas de gestão da SH&ST e das suas potencialidades (Rogers, 1997; WHO, 2001).

O pós-guerra também vê surgir outros profissionais que se vão interessar pelo estudo do conteúdo, da organização e das demais condições de trabalho: os sociólogos e os ergonomistas. A *International Sociological Association (ISA)* remonta a 1949. Por seu turno, a Associação Internacional de Ergonomia (*IEA – International Ergonomics Association*) foi fundada em 1959, depois de a Ergonomia ter emergido com a II Guerra Mundial. A ênfase foi então dada às questões da produtividade e da fisiologia do trabalho. Mais tarde, objectivos como a construção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis e a melhoria da qualidade de vida no trabalho foram considerados como igualmente importantes (O’Brown, 1996).

A França foi o primeiro país da Europa a tornar obrigatória, por lei, a criação de *services médicaux du travail* (Lei de 11 de Outubro de 1946). É também desta época a criação dos

*Comités d'Hygiène et de Sécurité* (Decreto de 1 de Agosto de 1947). Segundo Robert e Parmegianni (1969), cit. por Van Dormael (1978: 4), a crise mundial dos anos 30 e o desenvolvimento do taylorismo-fordismo acabaram por servir a causa da medicina do trabalho, designada por vezes pelo nome de *Service de l'entretien des hommes* (por analogia com o *Service d'entretien des machines*), “en encourageant l'étude scientifique de l'utilisation de la main d'oeuvre dans le cadre des plans de modernisation”. Nascida sobre a dupla influência social e científica da medicina militar e da medicina legal, a medicina do trabalho tornou-se uma “médecine d'expertise”, mas nem por isso menos prisioneira da armadilha do conceito de aptidão (Abécassis, 2001) ou dos exames médicos (Ley, 2001).

A Recomendação n.º 112 da OIT (1959) ter-se-á inspirado largamente na experiência francesa de desenvolvimento dos serviços médicos do trabalho. Será entretanto adoptada pela CEE em 1962. É então recomendado aos Estados-membros a criação de *services de médecine du travail* ou *occupational health services*, terminologia que não é pacífica tanto do ponto de vista semântico como conceptual (Graça, 1987).

Os *occupational health services*, de acordo com figurino proposto pela Recomendação n.º 112 da OIT, tinham como função principal a *prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais*, e nessa medida eram já uma avanço teórico e organizacional em relação à lógica da simples reparação médico-legal (*workmen's compensation*).

De qualquer modo, a grande ênfase posta na prevenção dos riscos profissionais (e, portanto, na *segurança*) contribuiu para criar uma cultura fortemente *sécuritaire* (como dizem os franceses) e, ao mesmo tempo, medicocêntrica que acabou por sub-estimar: (i) a prevenção da *morbilidade geral* da população activa e de outros riscos não directamente relacionados com o trabalho (por ex., condições de vida, hábitos, comportamentos de saúde e outras características individuais); (ii) os problemas de *saúde mental e de bem-estar* da população trabalhadora; (iii) a especificidade dos problemas de saúde das mulheres (que entraram mais tarde no mercado de trabalho); (iv) a importância da saúde enquanto *conceito positivo e multidimensional* e a sua relação com o trabalho; e, por fim, (v) o papel proactivo que os empregadores e os trabalhadores deveriam desempenhar no sistema de gestão da SH&ST (BIT, 1986; Guidotti, 1988; WHO, 1988; Fielding, 1991; WHO, 1991; Dejours, 1993; WHO, 1997; Wynne, 1998; ILO, 2001; Ley, 2001).

#### **2.2.5. Um século de desenvolvimento da SH&ST em Portugal**

Em Portugal, a história da segurança, higiene e saúde no trabalho (abreviadamente, SH&ST) está por fazer, em articulação com a história do direito do trabalho (Fernandes, 1994) e das demais políticas sociais (Guibentif, 1985; Rodrigues e Lima, 1987). Falta-nos investigação de arquivo e análises comparadas (Graça, 2002; Huberman e Lewchuck, 2002). Faltam-nos sínteses interpretativas da produção legislativa e regulamentadora das matérias relativas à SH&ST, vistas no contexto da formação social do Portugal contemporâneo e, mais concretamente, no quadro da racionalização técnica e organizacional das empresas que, lenta e tardiamente, acompanhou o nosso processo de desenvolvimento (Cabral, 1977; Lima, 1982; Rodrigues e Lima, 1987; Reis, 1993).

De uma perspectiva histórica e sociológica, esta legislação específica também não pode ser dissociada da problemática do desenvolvimento, entre nós, do Estado-Providência (Leal, 1984; Guibentif, 1985; Santos, 1992 e 1994; Carreira, 1996; Pereira, 1999) nem das tendências internacionais, incluindo a história da saúde e do trabalho em Inglaterra e demais países ocidentais. Também não pode ser desligada das lutas dos trabalhadores portugueses



pela melhoria das suas condições de vida e de trabalho (Simões, 1910; Santos, Lima e Ferreira, 1976).

Em rigor, só depois da grave crise de 1890, é que se pode falar verdadeiramente do início de uma *produção legislativa específica* no campo do direito do trabalho, em geral, e da SH&ST, em particular: é o caso, por exemplo, da (i) regulamentação do *trabalho dos menores e das mulheres* nos estabelecimentos industriais (decreto de 14 de Abril de 1891); (ii) introdução da inspecção do trabalho (1893); (iii) promulgação da primeira lei específica sobre *higiene e segurança do trabalho*, no sector da construção e obras públicas (decreto de 6 de Junho de 1895); ou ainda da (iv) consagração do *princípio geral da obrigatoriedade do descanso semanal* (embora apenas para os trabalhadores do comércio e indústria) (decreto de 3 de Agosto de 1907). Entretanto, em 1890 Portugal é uma dos 14 Estados que participa na Conferência Internacional do Trabalho, em Berlim, a primeira iniciativa para se criar, nessa época, um direito internacional do trabalho (Portugal. Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1994; Graça, 2002; Huberman e Lewchuk, 2002).

Mesmo com um processo, atípico e periférico, de desenvolvimento do capitalismo (Cabral, 1977; Reis, 1987 e 1993; Mendes, 1993; Ramos, 1994; Rosas, 1994), Portugal é um país relativamente célere a adoptar as tendências internacionais e a legislar (Barreto, 1996a). No caso mais específico da legislação sobre SH&ST, a sua introdução parece ser, em grande parte, induzida por factores exógenos (por ex., participação na Conferência Internacional do Trabalho, em 1890; criação da OIT, em 1919 e da OMS em 1948; adesão à *EFTA – European Free Trade Association* em 1959; celebração do primeiro acordo comercial com a CEE em 1972; a integração europeia em 1986; adesão ao Sistema Monetário Europeu em 1992).

Num curto espaço de tempo, entre 1889 e 1907, “legislou-se em Portugal acerca de, pelo menos, quinze importantes problemas do trabalho” (Ferreira, 1981a: 185). A maior parte desta legislação vai ficar, porém, letra morta, uma pecha nacional que infelizmente chegará até aos nossos dias, como se pode de resto deduzir da resposta da Associação de Classe União dos Pintores Portuenses à inquirição sobre a situação do operariado, realizada no final da monarquia: “Há uma lei decretada em 6 de Junho de 1895; mas tem sido letra morta e os construtores civis [os trabalhadores da construção civil] continuam todos os dias a ir para o hospital ou para o necrotério” (cit. por Simões, 1910: 303).

Este período foi, de facto, fértil em iniciativas legislativas no domínio do trabalho, as quais terão sido influenciadas pela *doutrina social da Igreja* — a encíclica *Rerum Novarum*, de Leão XIII é de 1891—, mas sobretudo foram precipitadas pela crescente radicalização do movimento operário e sindical e pela ascensão política do republicanismo.

Há que ter também em conta os factores exógenos: por exemplo, o facto de Portugal ter sido membro fundador da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919, pode explicar parcialmente a adopção do sistema de seguros sociais obrigatórios pela República, mesmo que depois esse sistema não tenha sido posto em prática, por razões endógenas (por ex., crise económica e instabilidade política e social do período que se seguiu à I Guerra Mundial, contradições ideológicas e sociais do republicanismo).

Também a reforma sanitária de 1899-1901 inspirava-se explicitamente no exemplo da Inglaterra, considerada a “pátria da higiene” e o modelo de organização médico-sanitária, segundo Ricardo Jorge: “Em cidades de centenas de mil almas o estado médico reduz-se a poucos doutores em medicina; mas o *medical officer of health* tem em colaboração e

subordinação o *surveyor*, engenheiro sanitário, o *inspector of nuisances*, fiscal de salubridade e uma série de inspectores para cada ramo de aplicação e de directores de laboratório. Todo este pessoal assistente sofreu uma instrução e uma adaptação especial toda prática, que constitui, justamente, o orgulho da sanitaridade britânica” (Do preâmbulo do Decreto de 28 de Dezembro de 1899).

A preocupação essencial era então a protecção e a melhoria da saúde comunitária (e não propriamente a saúde do indivíduo enquanto trabalhador), incluindo a “higiene da indústria e do trabalho”. Segundo o art. 10º do Regulamento de 4 de Dezembro de 1901, os *serviços de saúde pública*: (i) tinham por fim “vigiar e estudar quanto diz respeito á sanidade publica, á hygiene social e á vida physica da população, promovendo as condições da sua melhoria”; e (ii) abrangiam também “a hygiene da industria e do trabalho”. Ao delegado de saúde (médico, com formação em saúde pública) que tinha a direcção técnica dos serviços sanitários do distrito (art. 76º), competia, entre outras, a função de: (i) “informar os processos de licença aos estabelecimentos insalubres, incommodos ou perigosos”; (ii) “fiscalizar a hygiene industrial e do trabalho operario”; (iii) investigar o estado da hygiene infantil, as condições sanitarias da população operaria industrial ou agricola e das classes desvalidas, assim como dos meios tendentes a melhorá-las” (nºs 10º e 11º).

Por sua vez, o *Instituto Central de Higiene*, “o 10º a ser fundado no mundo, e seguindo os melhores modelos — o inglês e o alemão” (Correia, 1960: XIV), tinha como missão, entre outras, a de “ministrar a instrucção especial technica e conferir o tirocinio profissional pratico, necessario como habilitação de admissão aos logares de medicos e engenheiros do corpo de saude publica “ (nº 1 do art. 115º). Os cursos a ministrar no Instituto era a *medicina sanitária* e *engenharia sanitária*. No caso do primeiro, as matérias a leccionar deviam compreender, entre outras: “Hygiene industrial. O trabalho e a saude dos operarios. Protecção da vizinhança e dos operarios contra a insalubridade industrial. Concessão de licenças industriais” (nº 9º do art. 118º). Esta é também a época em que o discurso sanitário oitocentista integra novas preocupações: a construção da cidade, o urbanismo, a *higiene social* (Paiva, 2000). Em 1884 Ricardo Jorge tinha justamente publicado o livro *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa* (1884) (Correia, 1960; Ferreira, 1990).

Por edital de 7 de Março de 1904 (publicado no *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino, Anno 1904, nº 4*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1906: 9-11), era aprovado programa do curso de medicina sanitária, com a duração de quatro meses. O programa, inovador para a época, compreendia, entre outras, um módulo sobre *higiene industrial*, então a cargo do conselheiro professor Sabino Maria Teixeira Coelho, médico adido do Instituto Central de Higiene, sendo os principais tópicos (i) o trabalho e a saúde dos operários; (ii) o trabalho das mulheres e menores; (iii) a insalubridade industrial; e (iv) os estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos. Miguel Bombarda também colaborou neste curso como docente. Um outro curso semelhante era o de engenharia sanitária.

Apesar do pioneirismo da reforma de Ricardo Jorge, o papel da saúde pública terá sido muito reduzido ou mesmo nulo no que diz respeito à protecção e promoção da saúde da população trabalhadora, a avaliar pelos indicadores históricos de morbimortalidade. No que diz respeito à *assistência pública*, a reforma não se ia muito mais além do que das pias intenções de fomentar a “caridade guiada pelos interesses sociais e económicos e tutelarmente protegida pelo Estado” (Preâmbulo do *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública* de 1901).

Em resumo, a grande paixão de Ricardo Jorge era a saúde pública, tal como ele a via implantada em países “civilizados” como a Inglaterra e a Alemanha. Não soube ou não pôde articulá-la com um sistema de protecção social da população trabalhadora. Embora nos faltem trabalhos de investigação historiográfica sobre o desenvolvimento da saúde pública em Portugal, é em todo o caso de se evitar a tentação do deslumbramento em relação às reformas operadas ou até da heroização dos seus protagonistas (Graça, 2002).

Em boa verdade a história da nossa legislação laboral (incluindo as questões da protecção social dos trabalhadores, em geral, e da SH&ST, em particular) não chega a ser centenária. Por exemplo, só em 1913 é que é promulgada a lei sobre a reparação dos *acidentes de trabalho*. E aqui é justo referir o papel pioneiro e decisivo do médico e deputado republicano J. Estêvão Vasconcelos (1869-1917). Mas só em 1919 é que surge o conceito e a figura jurídica da *doença profissional*.

Com o Código Civil de 1867 fizera-se a primeira abordagem legislativa dos problemas do trabalho assalariado (Fernandes, 1994), mas ainda não se podia falar em reconhecimento e reparação de eventuais danos para a saúde do trabalhador provocados pelo trabalho (Ribeiro, 1984; Faria e Faria, 1989). Todavia, a partir de Agosto de 1897, os *inspectores industriais* (uma figura criada quatro anos antes) já tinham a obrigação legal de fazer as estatísticas dos *desastres do trabalho*.

No final da Monarquia Constitucional, raros eram os estabelecimentos fabris, com serviços médicos e muito escasso o número de trabalhadores que se podiam dar ao luxo de adoecer, na ausência de qualquer esquema de protecção social na doença. Também eram praticamente inexistentes os equipamentos sociais susceptíveis de contribuir para humanizar a duríssima condição operária da época (v.g., refeitórios, cantinas, cooperativas de consumo, ‘criadeira’, postos de primeiros socorros) (Simões, 1910).

A República acabou por contribuir muito pouco para melhorar a situação da população trabalhadora portuguesa, ontem como hoje parte integrante do projecto de modernização da economia e da sociedade. O voluntarismo em matéria de protecção social foi tardio e inconsequente, ditado em grande parte pela necessidade de combater a crescente influência do anarcossindicalismo no seio do movimento operário, mas também pelo chamado efeito de contágio, induzido pelas tendências internacionais.

Comparando o *labour compact index* ou LCI (composto por um conjunto de 11 indicadores, 7 relativos à regulamentação das condições de trabalho e 4 à protecção social dos trabalhadores) num conjunto de 17 países europeus, Portugal, em 1913, estava na 16ª posição (0.476), à frente da Finlândia (17º) (0.447) mas atrás da Espanha (15º) (0.483) e da Rússia (14º) (0.540), numa lista que era então liderada pelo Reino Unido (1º) (0.907), seguido da França (2º) (0.833) e da Alemanha (3º) (0.830). Na primeira vaga de globalização da economia, no período anterior à I Guerra Mundial, os países do pelotão da frente em matéria de regulamentação das condições de trabalho e de protecção social dos trabalhadores eram também aqueles que tinham economias mais abertas, medidas pelo peso relativo das importações e exportações no PIB. Esse valor variava entre 0.76 no caso da Bélgica (Máximo) e 0.13 no caso de Portugal (Mínimo) (Huberman e Lewchuk, 2002).

Até 1986, o enquadramento jurídico das questões relacionadas com a SH&ST remontava, nas suas linhas essenciais, ao período de 1958-1973. Esse período corresponde, *grasso modo*, à primeira fase da modernização da nossa economia e do nosso ordenamento jurídico-laboral, resultante do triunfo das *teses industrialistas*. Assistiu-se então à hegemonia da facção da elite

dirigente que, dentro do Estado Novo, advogava uma estratégia industrializante para o país, com a consequente abertura ao exterior. Foi nesse período que se criaram, em 1962, (i) os *serviços médicos do trabalho para a prevenção médica da silicose* (D.L. n.º 44308, de 27 de Abril de 1962 e Decreto n.º 44537, de 22 de Agosto de 1962); e, em 1967, (ii) os *serviços médicos do trabalho nas empresas* (D.L. n.º 47511 e Decreto n.º 47512, ambos de 25 de Janeiro de 1967).

Apoiando-se na Recomendação n.º 112 da OIT (ILO, 1959), a criação, em 1967, de serviços de medicina do trabalho nas empresas, com uma função essencialmente preventiva, pode ser considerada, para a época, como bastante inovadora em termos doutrinários: para além da (i) protecção e prevenção, competia ainda ao médico do trabalho (ii) a *educação sanitária* (sic) dos trabalhadores. A SH&ST continuava, porém, a ser um domínio dos especialistas (neste caso, dos médicos), não se prevendo qualquer forma de participação dos trabalhadores, a não ser eventualmente nas grandes empresas, através das *comissões de higiene e segurança* no trabalho, de composição paritária, a criar no âmbito da contratação colectiva.

De acordo com o testemunho de Costa (1982: 103), "até 1962, a medicina do trabalho era praticada em número muito reduzido de empresas, quer a título meramente particular, por *vontade esclarecida de certos empresários*, quer para *cumprimento de alguns Contratos Colectivos de Trabalho*, que já esboçavam a necessidade desta modalidade de Medicina Social" (Itálicos meus).

O *regime jurídico da SH&ST* actualmente em vigor (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, e legislação subsequente) tem como quadro de referência a Convenção n.º 155 da OIT, de 1981, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva 89/391/CEE.

Para além do *aggiornamento* legislativo, houve também uma inovação ao nível dos conceitos e princípios que passaram a modelar o sistema de gestão da SH&ST a nível nacional e a nível das empresas e demais organizações. Igualmente importante foi o reconhecimento, pelo legislador, do princípio do direito à participação dos trabalhadores e seus representantes em matéria de: (i) prevenção dos riscos profissionais; (ii) protecção da saúde; e (iii) promoção do seu bem-estar físico, mental e social.

Já em 1976 a *Constituição da República Portuguesa* ia mais longe do que a concepção contratualista e instrumental do trabalho, introduzida em 1969 (Decreto-Lei n.º 49 408, de 24 de Novembro de 1969: Regime jurídico do *contrato individual de trabalho*). O trabalho deixava de ser visto como uma mera fonte de rendimento ou meio de subsistência; reconhecia-se o direito dos trabalhadores à (i) "organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal", bem como à (ii) "prestação do trabalho em condições de higiene e segurança" (art. 59º).

## 2.3. Sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho

### 2.3.1. A evolução do conceito e do modelo organizativo

A evolução dos serviços de saúde ocupacional (abreviadamente, SSO) (em inglês, *occupational health services*, OHS) na Europa tende mais ou menos a seguir o esquema proposto por Matikainen e Rantanen (1996) para o seu país, a Finlândia (e que, grosso modo, também se aplica a Portugal). A Finlândia é hoje apontada como um exemplo de sucesso no domínio da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (Ritva, 1996, Mizoue et al, 1999; ILO; 2000).

Numa primeira fase (1850-1950), são criados serviços médicos nalgumas empresas industriais, por iniciativa dos empregadores, tal como aconteceu noutros países europeus, a começar pela Inglaterra, que foi o berço da revolução industrial. Não se pode falar especificamente em medicina do trabalho, com uma preocupação de prevenção dos riscos profissionais. Nesta época eles não passavam de *serviços de medicina curativa* (“curative health services”), orientados para o trabalhador individual e para o diagnóstico e tratamento da doença, e fundamentando-se na abordagem da clínica geral. Tinham um papel passivo no local de trabalho e estavam desligados dos objectivos organizacionais da empresa. Numa época em que ainda não estava garantido o direito à saúde e aos cuidados de saúde, os serviços médicos de empresa tiveram certamente um papel importante na prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores das grandes empresas.

Na II fase (1960-1980), os SSO tornam-se um sistema especificamente orientado para a *prevenção de riscos específicos*, não já ao nível do trabalhador individual mas da população trabalhadora (ou de grupos homogêneos de trabalhadores) e o seu ambiente físico de trabalho. A ênfase é posta nos exames médicos periódicos e na vigilância dos factores de risco ambientais (físicos, químicos e biológicos). O seu papel é mais activo, mas continuam a ser medicocêntricos, se bem que mais especializados (abordagem monodisciplinar da medicina do trabalho, de acordo com o modelo francês). Os SSO nesta fase, são fundamentalmente *preventive health services*.

Na III fase (a partir de 1990), as alterações legislativas e a integração europeia obrigam os SSO a seguir uma orientação mais compreensiva da saúde dos trabalhadores, centrada na promoção da saúde e na manutenção da capacidade de trabalho (*maintenance of work ability*, abreviadamente MWA). Este último conceito foi integrado na nova legislação finlandesa sobre SH&ST em 1994 (ILO, 2000).

A saúde no trabalho passa a ser vista sobretudo como um recurso estratégico para o *desenvolvimento pessoal e organizacional*. Principais características dos SSO: (i) têm um papel proactivo e estruturador; (ii) são multidisciplinares; (iii) estão orientados não só para os riscos específicos, como para as doenças relacionadas com o trabalho; (iv) dão igualmente importância aos factores de risco de natureza psicossocial e organizacional; (v) têm também uma importante componente curativa (prevenção secundária e terciária); (vi) é dada ênfase tanto ao ambiente de trabalho como ao indivíduo e os seus estilos de vida; (vii) passa a haver um sistema de gestão da saúde dos trabalhadores; em suma, (viii) são serviços integrados, orientados para a prevenção da doença e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Segundo Matikainen e Rantanen (1996: 43), “health promotion and MWA are becoming leading elements in OHS”. Neste período de evolução de mais de 100 anos, pode então dizer-se que “the emphasis has shifted from individual diseases and risks for comprehensive health promotion and multidisciplinary implementation of the services”. O objecto dos modernos SSO “is not only the individual worker, nor only the specific risks at the work environment, but rather all these together”.

Para Rantanen (1998), “one of the most successful strategies for OHS in meeting the challenges posed by the process of continual change in working life has been the comprehensive approach”. Uma abordagem integrada da saúde e segurança no trabalho inclui: (i) “the maintenance and promotion of workers’ health and work ability, (ii) health and safety in the work environment and (iii) the organization of work – including management cultures, participation and organizational development activities”.

Na Alemanha como no resto dos países que integram a *Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho*, o conceito de promoção de saúde tende a fazer parte de um conceito “alargado e modernizado” (sic) de SH&ST (Breucker, 1998a: 31): “While traditional health and safety focused on the elimination of physical and chemical strain factors, modern OHS concepts consciously incorporate factors such as work organisation and work design and regard WHP [workplace health promotion] as an expression and elemental component of a holistic interpretation of health and safety”. Este conceito abrangente de saúde no trabalho ficou consagrado na *Declaração do Luxemburgo* (1997) (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

Em termos lógicos e cronológicos, também se poderia falar numa evolução de paradigmas de programas de promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST). Segundo O’Donnell e Ainsworth (1994, cit. por Wenzel, 1994) e outros autores como Wolf Kirsten (2001), há uma *primeira geração* de programas, no local de trabalho, que são ditados por razões que não têm a ver imediatamente ou directamente com saúde. É o caso por exemplo das *smoking policies* que já teriam mais de um século de existência nalgumas empresas, e que foram introduzidas muito antes da realização e divulgação de estudos epidemiológicos sobre os efeitos no consumo (activo e passivo) de tabaco sobre a saúde humana, estudos que remonta aos anos 50 (Doll e Hill, 1964). Ou é ainda o caso do *consumo de álcool* ou das *actividades de tipo recreativo e desportivo*.

Numa *segunda geração* de programas, podemos incluir os *Employee Assistance Programs* e as actividades de SH&ST, incluindo os primeiros exames médicos orientados para a prevenção de um risco específico, relacionado ou não com o trabalho (v.g., silicose, saturnismo, hipercolesterolemia, excesso de peso, personalidade de tipo A). Começam a aparecer também os primeiros programas orientados para o *fitness*, mas já com preocupações com a manutenção e promoção da saúde do indivíduo. Estas iniciativas são dirigidas a grupos de risco ou então fazem parte, nos EUA, dos *employee benefits*.

Uma *terceira geração* de programas tem mais a ver com a III fase dos Serviços de SH&ST, proposto no esquema de Matikainen e Rantanen (1996): (i) há uma tentativa de abordagem integrada e multidisciplinar da saúde dos trabalhadores; (ii) há uma orientação para o desenvolvimento individual e organizacional; (iii) há uma preocupação em obter benefícios para todos (o indivíduo, a empresa, a sociedade); no entanto, e como diz Wenzel (1994), o objectivo dos programas de protecção e promoção da saúde deveria ser o desenvolvimento de “workstyles conducive to health”, colectivos e individuais. Uma crítica que é feita aos programas de PST, de I, II e III geração, é que eles eram (oiu ainda são) muito orientados para o comportamento do trabalhador individual, pondo entre parêntesis as suas condições de vida e de trabalho.

O’Donnell e Ainsworth (1984: vii) reservam o conceito de programas de *quarta geração* para as melhores práticas em matéria de saúde no trabalho, práticas essas que ainda hoje são raras. “In the fourth generation wellness becomes both a component of the guiding principle for a corporate health strategy (...) . A wellness health strategy incorporates all activities, policies, and decisions that affect the health of employees, their families, the communities in the company is located, and the consumers whose purchasing decisions determine the companies relative success in the marketplace”.

## 2.3.2. Os serviços de SH&ST

### 2.3.2.1. Introdução

É provável que a modalidade de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente, SH&ST) condicione, influencie ou até determine a política e o sistema de gestão da SH&ST. Não há literatura conclusiva sobre este ponto, até por que, no nosso país, o regime jurídico relativo à organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST é ainda relativamente recente, remontando a 1994 (D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, com a redacção que lhe foi conferida pelo D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho).

A organização dos serviços de SH&ST – de resto já previstos nos artigos 13.º e 23.º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro – é uma obrigação do empregador e visa explicitamente: (i) a *prevenção* dos riscos profissionais; e (ii) a *vigilância* e a *promoção* da saúde dos trabalhadores (n.º 1 do art. 3.º do D.L. n.º 26/94, na sua actual redacção).

Assinale-se o facto de, em matéria de conceitos, o legislador ter definido o que entende por *prevenção* e ter omitido os outros dois termos (*vigilância* e *promoção* e *da saúde*) (art. 2.º). Diga-se, de passagem, que no meio científico e profissional a que se reporta a saúde no trabalho, estamos longe de ter chegado a um consenso sobre as especificidades conceptuais e semânticas de termos que também fazem parte da filosofia de senso comum e do léxico quotidiano como *trabalho* (Rolle, 1978; Godelier, 1986; Freire, 1993), *saúde/doença* (Dejours, 1986 e 1996; Abelin *et al.*, 1987; Syme, 1992), *doença profissional* (OMS, 1988; Faria e Uva, 1988), *stress* (Young, 1980; Martino, 1992; European Commission, 2000), *prevenção da doença*, *educação para a saúde* ou *protecção e promoção da saúde* (WHO, 1984; Ingrosso, 1993; McQueen, 1989; Stachtchenko e Jenicek 1990; McQueen, 1996), *medicina do trabalho*, *higiene e segurança do trabalho* ou *promoção da saúde no local de trabalho* (Rütten, 1995; Orfel, 1998).

### 2.3.2.2. Modalidades de organização e funcionamento

De acordo com o D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua última versão publicada em anexo ao D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho, a entidade empregadora pode optar por uma das seguintes três *modalidades* principais de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (art. 4.º): (i) serviços internos; (ii) serviços externos; e (iii) serviços interempresas.

No caso de haver mais do que um estabelecimento, a empresa pode inclusive adoptar modalidades diferentes para cada um deles. Além disso, as actividades de saúde também podem ser organizadas *separadamente* das actividades de segurança e higiene. Pode haver, por exemplo, (i) um serviço interno para a área da *segurança e higiene do trabalho*; e (ii) um serviço externo para a área da *saúde/medicina do trabalho*.

Esta flexibilidade em matéria de desenho organizacional dos serviços de SH&ST tende a ser bem acolhida pelos empregadores e, nomeadamente, por associações patronais como a CIP – Confederação da Indústria Portuguesa, sobretudo por (i) ir ao encontro da exigência de racionalidade económica e (ii) ser conforme ao princípio (constitucional) da liberdade de iniciativa e de organização empresarial. No entanto, a separação orgânica e funcional das áreas da saúde e da segurança e higiene pode provocar alguns efeitos perversos do ponto de vista da eficácia e até da eficiência do sistema de gestão da SH&ST (Graça, 1999a).

A nossa legislação é omissa quanto à(s) forma(s) de *articulação*, *coordenação* e *comunicação* entre as duas áreas. No caso da organização em separado das actividades de SH&ST, prevê-se que

haja um *responsável* por cada área (nº 3 do art. 18º). No relatório anual da actividade dos serviços, de acordo com o modelo aprovado pela Portaria nº 1184/2002, de 29 de Agosto de 2002, cada um desses responsáveis deverá, de resto, apor a sua assinatura no final, o que deve ser mais do que uma simples formalidade. A anterior figura do *director de serviço* desapareceu, com a nova redacção dada ao D.L. nº 26/94, de 1 de Fevereiro, de acordo aliás com a proposta feita pela Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas (Portugal. Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999).

Os *serviços internos* obedecem aos seguintes requisitos: (i) são criados pela própria empresa (ou estabelecimento); (ii) abrangem exclusivamente os trabalhadores que nela prestam serviço; (iii) fazem parte da estrutura da empresa; (iv) e funcionam sob o enquadramento hierárquico da administração ou direcção da empresa, embora com autonomia técnica. Teoricamente, estes dois requisitos são factores que favorecem o desenvolvimento de um sistema integrado de SH&ST (Walters, 1997; ILO, 2001).

Independentemente do ramo de actividade, as empresas com, pelo menos, 400 *trabalhadores* (800, na redacção anterior ao D.L. nº 109/2000, de 30 de Junho) no mesmo estabelecimento ou no conjunto dos estabelecimentos situados num raio de 50 km a partir do de maior dimensão, devem organizar serviços internos. O mesmo se aplica às empresas ou estabelecimentos com *mais de 49 trabalhadores* e que exerçam *actividades de elevado risco*. Tais riscos são sobretudo de natureza física, química e biológica; ficam claramente de fora os riscos de natureza psicossocial e organizacional (Sauter *et al.*, 1998), muitos deles decorrentes das *novas formas de trabalho e de organização do trabalho* (Kovács e Castillo, 1998; Kovács, 2000).

Na prática, o empregador pode adoptar a modalidade que mais lhe convier, mediante a competente autorização do IDICT, desde que não exerça nenhuma das actividades de risco elevado tipificadas na lei (art. 7º do D.L. nº 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua actual redacção). O legislador fez depender essa autorização do desempenho organizacional em matéria de prevenção dos riscos profissionais, a ser avaliado pelos *índices de incidência e gravidade de acidentes de trabalho*, os quais não poderão ser superiores à média do respectivo sector de actividade. Ora, até à data o IDICT não divulgou quaisquer valores de referência nesta matéria.

Na nossa legislação também é reconhecido o princípio da independência dos profissionais de SH&ST. No caso do *médico do trabalho*, e qualquer que seja a modalidade de serviço de SH&ST, o legislador diz explicitamente que deverá exercer as suas funções com *independência técnica* e em estrita obediência aos princípios de *deontologia profissional* (nº 5 do art. 25º do D.L. nº 26/94). Tal não impede a existência de um conflito (latente) entre o exercício da medicina do trabalho e os imperativos da gestão. E, contrariamente ao que se passa, por exemplo, na Bélgica (*Loi du 27 Décembre 1977*), em Portugal não há suficiente protecção legal do médico do trabalho em caso de tentativa de rescisão, por parte do empregador, do contrato de trabalho ou do contrato de prestação de serviço, nomeadamente quando os motivos invocados são susceptíveis de ferir a sua “independência técnica e moral”.

O mesmo se passa, de resto, com o técnico superior de segurança e higiene do trabalho, que tem um perfil exigente. Assim, no exercício da sua actividade, o técnico superior de S&HT (i) deve sempre pautar-se pelo respeito dos seus princípios de deontologia profissional; e, nomeadamente, (ii) deve “considerar a segurança e a saúde dos trabalhadores como factores prioritários da sua intervenção”, conforme disposto na alínea a) do nº 1 do art. 4º do D.L. nº 110/2000, de 30 de Junho de 2000. No entanto, pôr a segurança e a saúde dos trabalhadores



acima dos interesses imediatos do empregador pode, em determinadas circunstâncias, levar a um conflito entre ambas as partes.

Por sua vez, os *serviços externos* são os contratados pela empresa (ou estabelecimento) a outras entidades. Do ponto de vista jurídico, podem revestir várias modalidades. Os mais frequentes entre nós são os serviços *privados*, prestados por (i) uma *empresa societária*, desde que no respectivo pacto social conste o exercício da actividade de SH&ST, ou por (ii) uma *pessoa singular* com habilitação e formação legais adequadas (por ex., um especialista em medicina do trabalho ou um técnico superior de segurança e higiene do trabalho).

Quanto ao *serviço interempresas*, ele poderá ser “criado por uma pluralidade de empresas ou estabelecimentos para utilização comum dos trabalhadores que nelas prestam serviço” (art. 6º). Segundo o *Livro Verde*, editado pelo IDICT, “à luz da própria experiência (...), julga-se que esta modalidade não conhecerá um considerável desenvolvimento”, devido à “maior versatilidade” (sic) que seria reconhecida à modalidade de serviços externos (Portugal. IDICT, 1997: 52)

Em 1999, a Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas iria mais longe ainda, ao liquidar pura e simplesmente a modalidade, com o argumento de que os serviços interempresas: (i) não teriam entre nós tradição; (ii) não evidenciarão procura; (iii) não se mostrariam adequados às actuais dinâmicas de gestão empresarial; e, por fim, (iv) revelariam “um défice intrínseco ao nível da definição de responsabilidades” (sic) (Portugal. Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999: 59-60), argumento que, em princípio, também poderia ser aplicado à modalidade de serviços externos.

A referida comissão manifestava-se claramente a favor da *flexibilidade organizacional* nesta matéria e, portanto, contra o paradigma da lei na altura em vigor, baseado na dicotomia serviços internos/serviços externos. Mas também se defendia, é bom lembrá-lo, que este princípio da “flexibilização na escolha dos modelos organizativos”, em matéria de SH&ST, deveria ser adoptado “em função de estratégias de obtenção de resultados” (sic).

A tendência na década de 1990 era para o recurso ao *outsourcing*, por parte da generalidade das empresas e, em particular, das PME, adoptando-se a modalidade de *serviço externo*, nomeadamente para a área da saúde/medicina do trabalho (Graça, 2001). Um número restrito de grandes empresas (GE), onde se podiam incluir algumas das nossas 500 melhores e maiores empresas da lista da *Exame*, continuariam a ter *serviços internos* (v.g., empresas públicas, empresas de controlo accionista público, empresas europeias, empresas ligadas aos principais grupos económicos).

A pretensa *versatilidade* dos serviços externos não tem, ao que eu saiba, qualquer evidência empírica, baseada na investigação sociológica ou na informação estatística de fontes administrativas como o relatório anual de actividade dos serviços de SH&ST (informação essa que, em princípio, só irá estar disponível a partir de 2004) (Graça, 2003).

Diversos factores tais como (i) o cumprimento da lei como principal *prompting factor*; (ii) a reduzida importância atribuída a esta área por muitos empregadores, gestores e trabalhadores, (iii) a insuficiência de especialistas em medicina do trabalho e de outros profissionais de SH&ST, (iv) o seu baixo *status* sócio-organizacional, bem como (v) a lógica de mercado e (vi) uma grosseira análise de custo/benefício ajudam a explicar a actual preferência pela modalidade de serviço externo em detrimento do serviço interno (Walters, 1998; Graça, 2001).

### 2.3.2.3. Empresas prestadoras de serviços e recursos humanos em SH&ST

Embora o problema também não esteja estudado entre nós, admite-se que a *localização geográfica* da sede da empresa ou estabelecimento possa ter alguma influência na decisão do empregador quanto à modalidade de serviço adoptada ou a adoptar, nomeadamente devido às assimetrias regionais no que respeita à oferta de profissionais das diferentes disciplinas da SH&ST bem como de empresas prestadoras de serviços externos.

Numa pesquisa documental por mim efectuada no sítio das *Páginas Amarelas*, em finais de Novembro de 2001 (<http://www.paginasamarelas.pt>) (Graça, 2001), num total de 206 empresas prestadoras de serviços externos existentes, mais de 80% estavam concentradas no eixo Setúbal-Lisboa-Leiria-Coimbra-Aveiro-Porto-Braga. Por regiões, era a de Lisboa e Vale do Tejo que concentrava a maioria relativa das empresas (48%), seguida à distância pela Região Norte (29%) e pela Região Centro (16%). Por distritos, era o de Lisboa que aparecia destacado com 34% do total, seguido pelo do Porto (20%) e de Setúbal (9%). A Região do Algarve, por seu turno, registava o mesmo número de empresas (n=8) que todas as outras restantes juntas, a Região do Alentejo e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Ainda de acordo com a mesma fonte, do ponto de vista da sua natureza jurídica, estas empresas eram, na sua grande maioria, *empresas societárias* (85%), com destaque para as sociedades por quotas (78%). Menos de 15% eram *peçoas singulares* ou empresários em nome individual. Não se sabe se há uma sub-representação destes prestadores nas *Páginas Amarelas* por razões económicas, financeiras ou outras. É bom não esquecer que se trata de informação meramente publicitária e comercial. Por outro lado, mais de dois terços das empresas (n=150) estavam registadas na categoria de *Médicos – Medicina do Trabalho* enquanto as restantes (n=56) estavam classificadas na categoria de *Higiene e Segurança no Trabalho – Serviços*, perfazendo um total de 206 empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST. Estimo que estas empresas representem entre 35% a 45% do total das empresas existentes no mercado ou, pelo menos, das empresas que terão requerido ao IDICT a competente autorização de funcionamento nos termos do art. 12º do D.L. nº 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua actual redacção.

Acrescente-se que a portaria que regula a instrução do requerimento de autorização de serviços externos ou de alteração da autorização, a vistoria prévia e os parâmetros a ter em conta na decisão, nos termos do nº 5 do supracitado artigo, só muito recentemente foi aprovada (Portaria nº 467/2002, de 23 de Abril de 2002).

A tutela da área da SH&ST (representada pelo IDICT e pela Direcção-Geral da Saúde) não disponibiliza informação actualizada e fiável, relativamente aos recursos humanos existentes no domínio da SH&ST. No que diz respeito, por exemplo, aos *especialistas de medicina do trabalho*, estima-se que o seu número ronde já o meio milhar num total de 1200 médicos diplomados com um dos cursos de especialização que conferiam habilitação legal para o exercício da medicina do trabalho até 1 de Outubro de 2000 (data de entrada em vigor do D.L. nº 109/2000, de 30 de Junho de 2000).

Também se desconhece o número de técnicos (nível III) ou de especialistas (nível V) de segurança e higiene do trabalho, existentes no país. Só ao fim de dez anos se completou, entretanto, o processo legislativo e regulamentador de (i) certificação do Técnico Superior e do Técnico de Segurança e Higiene do Trabalho, e de (ii) homologação da respectiva

formação, com a promulgação do D.L. nº 110/2000, de 30 de Junho de 2000 e a publicação do respectivo manual de certificação (Portugal. IDICT e IIEFP, 2001).

Por outro lado, há uma certa tradição, entre nós, da medicina de empresa (ou da chamada medicina curativa). Antes do 25 de Abril de 1974, nas empresas de maior dimensão (v.g., CUF, CP, Carris, TAP, multinacionais), era prestada assistência médica aos trabalhadores. Esses serviços clínicos internos faziam parte dos “serviços sociais” ou da “obra social” ou até mesmo do “clubes de pessoal” da empresa, tendo antecedido a criação dos Serviços Médicos do Trabalho (em 1962 e 1967) (Costa, 1982; Graça, 1999b e 1999c).

A muitos dos médicos de empresa dessa época foi depois reconhecida idoneidade técnica para o exercício da medicina do trabalho, de acordo com a solução *ad hoc*, administrativa, então encontrada para resolver o problema da escassez de médicos diplomados com o curso de medicina do trabalho, criado em 1963. Como então alguém ironizou, “só não foi convertido a médico do trabalho quem o não quis ou estava distraído”, tendo sido registados na Direcção-Geral de Saúde “mais de novecentos ‘papéis amarelos’” (Faria (1994: 4). Recorde-se, por outro lado, que a fundação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho remonta a 1965 (Uva, 2003).

Essa tradição tenderá possivelmente a perder-se, mas hoje ainda há empresas que continuam a oferecer aos seus colaboradores os serviços do *médico de clínica geral* e de *outros especialistas*: vejam-se alguns dos meus estudos de caso (Graça, 1999a, 1999b, 1999c).

Quadro II. 1 – Alguns indicadores sobre profissionais de SH&ST numa amostra de países

Pais	Nº de médicos de trabalho	População activa (milhares)	Rácio (1 MT/ 10000)	Outros profissionais de SH&ST
Alemanha (1998)	12776	35298	3.6	Cerca de 70 mil especialistas de higiene e segurança no trabalho
Finlândia (1995) (*)	1600	2170	6.7	1900 enfermeiros, 400 fisioterapeutas, 130 psicólogos
França (1997)	6500	22160	2.9	8000 secretárias clínicas, enfermeiras do trabalho e técnicos
Grécia (1998) (**)	400	3853	1.0	Enfermeiros do trabalho (algumas dezenas); especialistas de segurança e higiene do trabalho (algumas centenas)
Holanda (1998)	1900	7187	2.6	300 engenheiros de segurança, 250 higienistas do trabalho, e 200 especialistas em trabalho e organizações (além de 250 ergonomistas, em 1990)
Japão (1998) (*)	30000	65000	4.7	1500 enfermeiros de saúde pública + mais alguns milhares de outro pessoal de enfermagem
Portugal (2000)	1200	4525	2.6	Mais de 1000 técnicos de segurança e higiene do trabalho (sem certificação de aptidão profissional) (1997); número indeterminado de enfermeiros do trabalho

Fonte: Adapt. de Walters (1997); Portugal. IDICT (1997); WHO (1999); (\*) Mizoue et al. (1999); (\*\*) Bazas (2001)

De acordo com a exploração estatística, que fiz em 2002, do ficheiro de dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, pude concluir o seguinte: da população inquirida de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade (n=21935), que nos últimos três meses tinha consultado um médico (n=10500), 5% tinha justamente recorrido, na última consulta,

ao *médico da empresa* onde trabalhava. A empresa aparecia em 4º lugar como local de prestação de consultas médicas à população trabalhadora, a seguir ao (i) centro de saúde (44%), ao (ii) médico particular (30%) e ao (ii) hospital público (16%) (Portugal. INSA, 2001; Graça, 2002). Em França, e segundo Ley (2001) cerca de um terço dos trabalhadores não tem acesso, ao longo do ano, a outro profissional de saúde senão ao seu médico do trabalho.

De um modo geral, os *colarinhos azuis* (trabalhadores manuais) tendem a recorrer mais do que os *colarinhos brancos* (trabalhadores não-manuais) ao médico da empresa (5.3% e 4.7%, respectivamente). Ainda de acordo com a mesma fonte (o INS 1998/99), sabe-se que em cerca de 88% dos casos, o médico de empresa consultado pelos trabalhadores activos (n=529) é um *médico de clínica geral* (ou de medicina geral e familiar), seguido a grande distância por outras especialidades médicas: *medicina do trabalho* (2.5%), oftalmologia (2.1%), ortopedia (1.9%), estomatologia (1.1%), ginecologia (0.9%) e outras (3.6%).

Também não se sabe quantos *enfermeiros do trabalho* estão a exercer funções específicas nas empresas portuguesas. Começa por não haver neste momento uma clara definição legal da figura do enfermeiro do trabalho (Rogers, 1997; WHO, 2001). Na página da associação nacional dos enfermeiros do trabalho (ANET) que chegou a estar disponível na Internet até meados de 2002 também nunca encontrei informações sobre o exercício e a sociodemografia da profissão (<http://www.terranatal.com/anet/intro.htm>). Num estudo sobre a imagem do enfermeiro do trabalho, e de acordo com a percepção de uma amostra de trabalhadores portugueses (n=200), a tendência ainda era, na segunda metade da década de 1990, para associá-lo à simples prestação de “primeiros socorros” (Brasileiro, 1998).

Com ou sem formação específica, é de presumir que os enfermeiros do trabalho se dediquem a actividades não apenas *curativas* mas também *preventivas* e *educacionais*, integrados em equipas de saúde ocupacional (Graça, 1999a, 1999b, 1999c; Graça e Kompier, 1999). Mas o cenário mais provável, ao longo da década de 1990, ainda era o do enfermeiro, sem formação específica em saúde ocupacional e em regime de *part-time*, integrado num “posto médico” ou num “serviço de medicina curativa”.

Além do médico do trabalho, do clínico geral, do enfermeiro e do técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho, é provável também encontrar-se, embora em muito menor proporção, *outros especialistas médicos* (v.g., ortopedista, psiquiatra) e *outros profissionais de saúde* (v.g., fisioterapeuta, psicólogo). Num ou noutro caso, haverá ainda *técnicos superiores de serviço social*, integrados ou não em equipas de saúde ocupacional (Graça, 1999b). O *occupational social work* tem alguma tradição na Europa Central e do Norte e nos EUA (Chamberlain, 1983; Bargai, 1988; Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit, 1995).

De qualquer modo, o *médico do trabalho* continuou a ser, até ao final da década de 1990, a figura dominante dos serviços de SH&ST, independentemente da modalidade de organização e funcionamento adoptada pelas empresas. Só agora, porém, é que se começa a *questionar* o modelo organizativo herdado dos anos 60, monodisciplinar e medicocêntrico, inspirado na experiência francesa dos *services médicaux du travail* (Van Dormael, 1978; Graça, 1987; Graça e Faria, 1992; Leal, 1993; Faria, 1994; Walters, 1997; Portugal. IDICT, 1997; Graça, 1999c; WHO, 2001).

Independentemente das condições do exercício e da sociodemografia da profissão de médico do trabalho, o rácio médico do trabalho por cada 10 mil trabalhadores variava, na segunda metade da década de 1990, entre 6.7 na Finlândia e 1.0 na Grécia, num conjunto seleccionado de sete países, incluindo Portugal (2.6) (*Quadro II.1*).

### 2.3.3. A situação na União Europeia e em Portugal

#### 2.3.3.1. A integração dos serviços de SH&ST

Há alguma informação, embora limitada, sobre a situação de Portugal e dos restantes Estados-membros da União Europeia no que diz respeito às consequências decorrentes da transposição, para o direito interno de cada um deles, da Directiva 89/391/CEE, nomeadamente em relação à organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST, sua natureza, modalidades, funções e recursos humanos (Stanzani, 1999).

Uma das referências sobre esta matéria é o estudo da responsabilidade da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (abreviadamente, Fundação Europeia) (*Identification and Assessment of Occupational Health and Safety Strategies in Europe 1989-1994*).

O referido estudo abrangeu 13 países, incluindo Portugal (Cardoso, 1995). O relatório final europeu foi publicado em 1996 (Walters, 1996; Piotet, 1996). De acordo com uma revisão dos resultados desse estudo, feita por Walters (1997 e 1998), a situação nesses 13 países (hoje todos eles Estados-membros da UE) poderia ser descrita nos seguintes termos: (i) estava generalizada a obrigação (legal) de criação ou utilização, por parte das empresas (nomeadamente das empresas de maior dimensão), de *serviços de saúde ocupacional*; (ii) estavam definidos, com maior ou menor precisão, os requisitos a que devia obedecer o *perfil* dos profissionais de SH&ST, incluindo as suas qualificações e formação; (iii) eram minimamente conhecidas as *funções dos serviços* de SH&ST; por fim, na maior parte destes países (iv) existiam basicamente três *modelos de serviços* (internos, externos e interempresas).

Um dos perfis mais exigentes era o da Holanda, país no qual a partir de 1 Janeiro de 1994 todos os empregadores, com 16 ou mais trabalhadores, deviam passar a dispor de um serviço de SH&ST, interno ou externo, devidamente *certificado* e objecto de auditoria externa periódica (The Netherlands. SZW, 1994; Grundemann e Vuuren, 1997). Já noutros países, como o Reino Unido e a Irlanda, não havia a obrigação legal, imposta aos empregadores, de criação ou utilização de serviços de SH&ST (Walters, 1997).

No estudo da Fundação Europeia procurou-se saber qual o grau de generalização, em cada país, das diferentes modalidades de serviços de SH&ST identificadas: (i) serviço interno (*single enterprise service* ou *in-company service*); (ii) serviço externo (*outside service*), incluindo o serviço interempresas (*group service* ou *inter-company service*); (iii) serviço de saúde pública (*public health center service*). Os dados disponíveis relativamente à França, Dinamarca e Holanda sugeriam que os *serviços internos* estavam já em franco declínio, uma tendência de resto comum aos outros países da UE e a que não eram estranhas "powerful economic considerations" (Walters, 1998).

Em todo o caso, são reconhecidos alguns dos pontos fortes e das vantagens dos *serviços internos* (Walters, 1997): (i) é um modelo adequado às necessidades das grandes empresas que, em geral, dispõem dos recursos necessários à criação e manutenção de um verdadeiro serviço integrado; (ii) o pessoal afecto às actividades de SH&ST tende a possuir as necessárias qualificações e a trabalhar a tempo inteiro; (iii) há mais probabilidades de haver uma verdadeira equipa multidisciplinar e multiprofissional; (iv) a articulação e a coordenação com os restantes sectores da empresa ou estabelecimento estão, em princípio,

salvaguardados; e, por fim, (v) os trabalhadores têm um papel mais activo, em termos de consulta e participação no sistema de gestão da SH&ST.

Há ainda suficiente evidência empírica de que os serviços internos apresentam melhores rácios em termos de cobertura da população trabalhadora. Por exemplo, em França o número médio de trabalhadores por médico do trabalho era, em 1994, de 1742 nas empresas com serviços internos e de 2919 nos serviços interempresas (Walters, 1997).

No início da década de 1990, as empresas europeias mais inovadoras no domínio do desenvolvimento das políticas e práticas de saúde no trabalho tendiam a ter *serviços internos* de saúde/medicina do trabalho (mais de 60%). Essa foi uma das conclusões de um outro projecto, neste caso de investigação e disseminação, levado a cabo pela também Fundação Europeia, *Innovative workplace action for health* (1989-1993) (Wynne e Clarkin, 1992). Diga-se, no entanto, que essa proporção era muito mais baixa em países como o Reino Unido (34%) e a Irlanda (22%) onde esses serviços não eram obrigatórios por lei, contrastando com a situação em Espanha (86%) ou a Holanda (81%), por exemplo. Refira-se que este estudo foi feito em amostras de conveniência, abrangendo um total de mais de 1400 empresas de 7 países comunitários.

No entanto, na primeira metade da década de 90, os *serviços externos* (incluindo os *group services* e os *serviços interempresas*) estavam mais desenvolvidos na Europa do Norte do que na Europa do Sul: (i) por ex., na Holanda, dos 2 milhões de trabalhadores abrangidos por serviços de SH&ST, um milhão e meio beneficiava de *group services*; (ii) em França, os *serviços interempresas* também estavam a aumentar significativamente, calculando-se que 90% dos então 6 mil médicos do trabalho exercessem a sua actividade em *serviços inter-entreprises*; (iii) em contrapartida, na Grécia, Portugal e Espanha os *jointly organized group services* não tinham praticamente expressão nem sequer tradição (Walters, 1997: 258).

De qualquer modo, e independentemente das modalidades de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST, podia dizer-se que a integração das duas grandes áreas (a da *saúde* e a da *segurança* no trabalho) estava longe de ter sido acautelada e alcançada, não obstante a Directiva-Quadro, implementada em todos os Estados-membros, apontar já nesse sentido. Por outro lado, é difícil de saber o que se passa a nível da articulação/comunicação dos serviços de SH&ST com o resto da empresa. Em estudos de caso por mim efectuados esse continua a ser um dos problemas das empresas portuguesas (Graça, 1999 a; 1999b; 1999c; 1999d; Graça e Kompier, 1999).

### 2.3.3. 2. Estudos de caso portugueses

Em Portugal, a *integração* continuava (e continua) a ser uma das questões mais críticas do desenvolvimento das políticas e dos serviços de SH&ST (Graça e Faria, 1992; Graça, 2001). Contudo, as empresas de maior dimensão e com serviços internos de SH&ST eram aquelas que em meados da década de 1990 apresentavam os melhores indicadores, nomeadamente em termos de recursos humanos e logísticos (número e tipo de profissionais de SH&T, instalações e equipamentos, estruturas de representação dos trabalhadores). Pelo menos é o que se pode concluir de alguns estudos de caso feitos ao longo da década de 1990 (Graça, 1999).

A *empresa mineira* (Caso A) tinha um profissional de saúde, a tempo inteiro, por cada 143 trabalhadores; neste rácio não se incluindo o pessoal de apoio (secretária clínica e administrativa) nem os técnicos de ambiente e de segurança (pertencentes a outros

departamentos, orgânica e funcionalmente separados da saúde) (Graça, 1999a). Pior rácio tinha a *instituição financeira* (caso D): com cerca de 1900 trabalhadores em 1996, possuía apenas um serviço interno de saúde ocupacional, com 2 enfermeiras a tempo inteiro e dois médicos a meio tempo, além de secretariado; o rácio prestador de cuidados de saúde/trabalhadores era de 639. Não havia, portanto, outros profissionais, nomeadamente da área da segurança e higiene do trabalho (Graça, 1999d; Graça e Kompier, 1999).

O Caso C dizia respeito a um estabelecimento fabril de um grupo multinacional do sector eléctrico e electrónico; com cerca de 400 trabalhadores, a fábrica mantinha ainda a modalidade do serviço interno de SH&ST, embora a saúde/medicina do trabalho estivesse organizada separadamente, em relação à área da segurança (e ambiente); o rácio prestadores de cuidados de saúde/trabalhadores era então de 194 (Graça, 1999c).

Por fim, a autarquia a que se refere o estudo de caso B (uma câmara municipal e os respectivos serviços municipalizados de água e saneamento) dispunha de serviços integrados de saúde, desde 1989 e uma vasta equipa multidisciplinar e multiprofissional; o pessoal médico, no entanto, não exercia funções a tempo inteiro, o que fazia com que o rácio prestador de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo clínico)/trabalhadores fosse então da ordem dos 320 (Graça, 1999b). O seu projecto *Saúde Ocupacional, Prevenção e Qualidade de Vida* foi lançado em 1989, antecipando-se à mudança de legislação no domínio da SH&ST. Nesse projecto consubstanciava-se a ideia da criação de *serviços integrados de saúde no trabalho*, no seguimento da experiência da TAP – Air Portugal (1986), a qual foi pioneira entre nós (Leal, 1993; Graça, 1995).

### 2.3.3.3. Cobertura dos serviços de SH&ST

Até à primeira metade da década de 1990, Portugal, a par da Espanha, Itália e Grécia, continuava a apresentar uma baixa taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de saúde no trabalho (*occupational health services*), em contraste com os países da Europa do Norte, a França incluída (*Quadro II.2*).

Quadro II.2 —Grau de cobertura dos serviços de saúde no trabalho em 13 países europeus (1989-1995)

Região da UE	País	% de trabalhadores cobertos
Europa do Norte	Alemanha	50
	Bélgica	60
	Dinamarca	34
	Finlândia	90
	França	86
	Holanda	42-65 (a)
	Irlanda	(b)
	Suécia	80-70
	Reino Unido	53
Europa do Sul	Espanha	15
	Grécia	5.5
	Itália	10 (c)
	Portugal	13 (d)

(a) Situação em 1990 e 1995, respectivamente; (b) Valor desconhecido; (c) Só serviços internos das grandes empresas; não inclui a população coberta pelos centros de saúde locais; (d) Situação, referente em 1988

Fonte: Walters (1997)

Um dos países que mais progressos fez foi a Holanda, com 42% de taxa de cobertura em 1990. Depois da alteração do regime jurídico da SH&ST, na sequência da transposição da Directiva-Quadro para o direito interno, dados oficiosos referentes a Setembro de 1995 apontavam já para uma taxa de cobertura da ordem dos 65%. No início do ano de 1998, a situação holandesa tinha melhorado ainda mais significativamente: segundo informação do Ministério dos Assuntos Sociais e do Emprego (cit. por WHO, 1999), (i) cerca de 92% dos empregadores tinham serviços (internos ou externos) de SH&ST, e (ii) o grau de cobertura da população trabalhadora atingia já os 94% (cerca de 5.8 milhões).

Por seu turno, na França predominavam ainda os *Services Médicaux du Travail* (SMT), sendo o país desta amostra aquele que apresentava, a seguir à Finlândia (90%), o maior grau de cobertura da população trabalhadora por serviços preventivos (embora não integrados, no caso francês) (86%). Mesmo assim a França continua a enfrentar o problema da crónica falta de médicos de trabalho (Rothan e Chambet, 1983; Ley, 2001).

Segundo a OMS, na Região da Europa em cerca de 40% dos Estados membros os serviços de SH&ST estavam sob a tutela do ministério do trabalho; e nos restantes 60%, estavam sob a tutela do ministério da saúde. Além disso, a maior parte desses serviços tendia, cada vez mais, a operar no sector privado do mercado da SH&ST (WHO, 1990). Quanto à cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST, ela também era muito variável conforme os países, indo dos 20% aos 90%. No caso dos países de Leste, a situação terá regredido, depois da queda do Muro de Berlim em 1989 e das profundas mudanças políticas, económicas e sociais que se lhe seguiram.

No princípio da década de 1990, e na Região da Europa, estimava-se em 450 mil o total de profissionais de SH&ST, dos quais 38.2% eram enfermeiros do trabalho, 22.2% médicos do trabalho, 15.6% engenheiros de segurança e 5.6% higienistas industriais (nos restantes 18.4% figuravam as outras categorias de profissionais) (WHO, 1990). Muito recentemente a OMS – Região da Europa vem reconhecer a importância do desenvolvimento quantitativo e qualitativo da enfermagem de saúde ocupacional na Europa, incluindo o alargamento e enriquecimento dos seus papéis na gestão do sistema de SH&ST. Independentemente do seu enquadramento legal e da sua integração em serviços de saúde multidisciplinares e multiprofissionais (o que é muito variável de país para país), os enfermeiros do trabalho constituiriam hoje “the single largest group of health care professionals involved in workplace health promotion” (WHO, 2001: 25).

### **2.3.4. Desenvolvimento da SH&ST em Portugal**

#### **2.3.4.1. Uma taxa estimada de 40% de cobertura da população activa trabalhadora**

Em Portugal não existe informação estatística, de fonte administrativa, sobre o actual *grau de cobertura dos serviços de SH&ST* em relação ao (i) total de empresas e ao (ii) total da população activa empregada, desagregada por exemplo por sector ou ramo de actividade, dimensão, forma de emprego e região.

Desconhece-se, por outro lado, qual é a percentagem de empresas que têm vindo a proceder à notificação da(s) modalidade(s) de Serviço(s) de SH&ST adoptada(s), de acordo com o disposto no art. 27º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua redacção actual.



Terá que se aguardar os primeiros resultados do tratamento informático do relatório anual de actividade dos serviços de SH&ST (Graça, 2003).

Ao olhar-se para a estrutura empresarial portuguesa, o que sobressai são as acentuadas diferenças entre as grandes empresas (GE) e as pequenas e médias empresas (PME) bem como entre as empresas do sector produtivo e as do sector terciário, quanto à efectiva e concreta capacidade para cumprir as obrigações legais em matéria de SH&ST. E dentro das PME, há que ter em conta a situação muito particular das MPE, incluindo as (i) *pequenas* empresas (de 10 a 49 trabalhadores); e as (ii) *microempresas* (menos de 10 trabalhadores); e, dentro destas últimas, as (iii) empresas até 4 trabalhadores (Graça, 2000).

Num relatório de investigação, elaborado para o Observatório do Emprego e Formação Profissional, sobre as relações sociolaborais nas micro e pequenas empresas (abreviadamente, MPE), os autores dizem taxativamente: "O que se verificou nas unidades empresariais estudadas [ vinte estudos de caso ] foi, como seria de esperar tendo em conta a sua dimensão, a inexistência de uma organização formal das actividades de [ SH&ST ], não tendo sido detectado qualquer tipo de recurso aos serviços previstos na lei". A explicação avançada resume-se a cinco pontos: (i) situação económica precária; (ii) ausência de tradição associativa e de cooperação interempresas; (iii) desconhecimento generalizado dos problemas de SH&ST; (iv) estrutura familiar das PME; e, por fim, (v) pouca ou nenhuma importância atribuída à saúde e segurança no trabalho (Guerreiro, 1996; Guerreiro *et al.*, 2000).

Era de esperar, em todo o caso, que Portugal tivesse feito progressos na taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST ao longo da década de 1990. Os dados disponíveis apontam aliás nesse sentido. Em 1988, segundo estimativa da Direcção Geral da Saúde (cit. por Faria e Santos, 1993), apenas 13% população activa civil empregada estaria coberta por *Serviços de Medicina do Trabalho* (abreviadamente, SMT) . É este valor, de resto, que foi utilizado como referência por Cardoso (1995) no já citado estudo da Fundação Europeia (Walters, 1996; Piotet, 1996).

Essa taxa de cobertura, além de muito baixa, dissimulava a existência de grandes assimetrias entre empresas e estabelecimentos, por sector e ramo de actividade, dimensão e região. Além disso, a maioria desses serviços só existia em empresas com 200 ou mais trabalhadores, empresas essas que representavam então apenas 1% do total das empresas (societárias) do Continente. Dos 1618 SMT existentes no conjunto destas empresas, 69.5% eram "privativos" e os restantes "comuns", de acordo a terminologia do D.L. nº 47511, de 25 de Janeiro de 1967 (Faria e Santos, 1993: 29).

Qual era a situação na segunda metade da década de 1990? Segundo o *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*, levado a cabo em 2001 pelo DETEFP, numa amostra de 4252 trabalhadores por conta de outrem, cerca de dois terços dos respondentes declararam que na empresas onde trabalhavam eram prestados serviços de medicina do trabalho e/ou de higiene e segurança no trabalho (*Quadro II.3*). Acrescente-se que este inquérito teve como base de amostragem o universo do *Quadro de Pessoal* de 1997, abrangendo cerca de 237 mil estabelecimentos do Continente com um volume de emprego de cerca de 2.3 milhões de trabalhadores (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade. DETEFP, 1999; Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001).

No caso dos serviços de saúde/medicina do trabalho, a modalidade predominante eram os *serviços externos* (62%), excepto nas grandes empresas ( $\geq 250$  trabalhadores) em que mais de

62% tinham serviços internos. No caso dos serviços de higiene e segurança no trabalho, predominavam os *serviços internos* (69%).

Por fim, e contrariamente ao que se passa em países como a França, os *serviços interempresas* têm de facto uma reduzida expressão estatística entre nós.

A existência de serviços de SH&ST, e muito em especial de serviços de medicina do trabalho, está relacionada com a dimensão (ou volume de emprego). Também está associada ao sector de actividade (*Quadro II.4*, em anexo). De facto, há sectores onde a taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de medicina do trabalho está claramente abaixo da média total (65%). Refira-se, por exemplo, o caso da Agricultura (CAE A) e das Pescas (CAE B) (55%), da Indústria Têxtil (CAE DB) e do Calçado (CAE DC) (59%) ou Comércio (CAE G) (49%). No caso dos serviços de higiene e segurança no trabalho, há também sectores mais deficitários como, por exemplo, a Agricultura e Pescas (52%), a Construção (57%) ou o Comércio (57%). Mais de dois terços (69%) dos inquiridos referiu a existência, no seu local de trabalho, de serviços deste tipo.

Estes resultados têm de ser analisados com precaução, devido não só às características da amostra como à própria ambiguidade das perguntas do questionário utilizado no *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*. Refira-se, a título de exemplo: (i) “Na empresa são prestados serviços de medicina do trabalho ?” (Grupo 6. Questão 1); ou: “Na empresa são prestados serviços de segurança e higiene no trabalho ?” (Grupo 6. Questão 5).

A distinção entre as duas áreas funcionais levanta problemas de interpretação: (i) tradicionalmente a expressão *higiene e segurança do trabalho* cobria as actividades de medicina do trabalho, tanto na linguagem dos trabalhadores e seus representantes (v.g., Simões, 1910; Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1980; Ribeiro *et al.*, 1994) como dos justlaboristas (v.g., Ribeiro, 1984; Leite e Almeida, 2000); (ii) a própria distinção entre a medicina do trabalho e a chamada medicina curativa nem sempre é fácil de operar pelos trabalhadores; e, por fim, (iii) a generalidade dos trabalhadores nas nossas empresas desconhece os requisitos (v.g., idoneidade técnica e habilitação legal) a que deve obedecer o perfil dos profissionais de SH&ST.

Aparentemente há respostas incongruentes: por exemplo, (i) dois terços responderam que na sua empresa eram prestados *serviços de medicina do trabalho*; mas (ii) no conjunto das empresas ou estabelecimentos onde esses serviços eram prestados, só 82% dos inquiridos confirmaram a realização de *exames médicos regulares* (obrigatórios por lei). Por outro lado, (iii) a existência de *serviços internos de higiene e segurança* não variava com a dimensão ou volume de emprego, (iv) contrariamente ao que se passava com os serviços internos de medicina do trabalho.

Na análise do *Quadro II.3* há que ter em conta a realidade muito específica das MPE (micro e pequenas empresas: (i) as empresas até 9 trabalhadores são mais de 80% do total e representam cerca de 25% do volume de emprego; (ii) as empresas de pequena dimensão (10-49) não serão mais do que 15% do universo empresarial mas empregam mais de 27%. É nas MPE que a taxa de cobertura da população trabalhadora não deve chegar sequer aos 40% (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001).

Quadro II.3 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por escalão de dimensão da empresa (Continente, Dez. 1999/Jan.2000) (n=4252) (%)

Dimensão (volume de emprego)	Total	1-4-	5-9	10-19	20-49	50-99	100-249	≥250
<b>Modalidade de serviços</b>								
Serv. medicina do trabalho	64.6	38.5	42.7	52.1	62.6	74.2	87.9	95.2
Internos	33.1	12.8	14.6	14.8	21.0	27.0	43.4	62.3
Externos	61.9	84.4	76.8	75.9	73.8	70.8	52.9	33.0
Interempresas	5.0	2.9	8.6	9.3	5.2	2.2	3.8	4.7
Serv. higiene e segurança	68.4	60.8	45.6	62.3	68.2	72.7	83.7	84.9
Internos	68.7	71.3	66.5	67.4	67.6	68.2	69.6	69.1
Externos	29.2	28.5	29.1	31.0	30.7	31.6	25.8	28.5
Interempresas	2.2	0.2	4.4	1.6	1.6	0.2	4.6	2.5

Fonte: Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2001)

Admitindo a existência de 10% a 15% de *yes-sayers* e de outros erros de enviesamento nas respostas (Graça, 1997), teríamos em rigor à volta de 50 a 55% da população de trabalhadores por conta de outrem (com exclusão da função pública), coberta por serviços de SH&ST. Ou sejam, grosso modo, 1.25 milhões de indivíduos. Admitamos que, na melhor das hipóteses, há mais meio milhão de indivíduos cobertos por serviços de saúde/medicina do trabalho (incluindo trabalhadores da função pública), o total perfaz cerca de 1.8 milhões, o equivalente a 40% do total da população activa empregada (em 1998).

#### 2.3.4.2. Estimativa da cobertura a partir do rácio médico do trabalho/trabalhadores

A partir da estimativa do número de médicos do trabalho, também se poderia chegar à mesma conclusão sobre a proporção de trabalhadores cobertos por serviços de SH&ST no final da década de 1990: (i) em 1988, o número de médicos diplomados em medicina do trabalho e residentes no país era então de 585 (Faria e Santos, 1993); (ii) cerca de 1/3 não exerciam qualquer actividade profissional relacionada com a medicina do trabalho; e dos que exerciam, cerca de 75% faziam-no como actividade complementar, na maioria dos casos (7 em cada 10) durante 80 ou menos horas por mês; (iii) a este número haveria que acrescer provavelmente mais um terço de médicos com idoneidade técnica, reconhecida ao abrigo do parágrafo 1º do art. 37º do D.L. nº 47512, de 25 de Janeiro de 1967; (iv) pode igualmente admitir-se que houvesse na altura meio milhar de médicos a exercer efectivamente a medicina do trabalho, 40% a tempo inteiro (n=200) e os restantes a tempo parcial (n=300); (v) na prática, contaríamos então com 350 médicos a tempo inteiro; (vi) em média, a cada médico do trabalho a tempo inteiro corresponderiam pouco mais de 1500 trabalhadores.

Em meados de 1997, o número de médicos do trabalho existentes no País era de 1001, dos quais 851 diplomados e os restantes com idoneidade técnica, reconhecida ao abrigo da disposição legal supracitada (Portugal. IDICT, 1997: 69). No entanto, a prática profissional dos médicos do trabalho não se terá alterado muito, até pelo menos ao ano de 1992: (i) por uma razão ou outra, 30% dos diplomados continuavam a não exercer medicina do trabalho;

(ii) e dos diplomados activos, 58% dedicavam-se à medicina do trabalho apenas em regime parcial (Faria, 1994).

Com a entrada em vigor do D. L. n.º 26/94, admitia-se que, na segunda metade da década de 1990, as condições de exercício da medicina do trabalho pudessem vir a melhorar. De qualquer modo, há um facto a registar: o aumento da procura de profissionais e da oferta de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST.

Na ausência de estudos sobre as necessidades do país em matéria de formação de recursos humanos nesta área e, em particular, dos especialistas em medicina do trabalho e dos técnicos e/ou especialistas em segurança e higiene do trabalho, as duas únicas figuras cujo perfil e existência são, de resto, reconhecidos por lei, é difícil fazer estimativas. De qualquer modo, com base num rácio (médio) de 1 médico a tempo inteiro por cada 2500 trabalhadores ou de 4 médicos por cada 10 mil trabalhadores, o nosso país precisaria, teoricamente, de pelo menos 1800 médicos do trabalho, a tempo inteiro. Em 1988 teríamos, portanto, apenas 20% das nossas necessidades satisfeitas.

Este rácio de 2500 trabalhadores por médico do trabalho a tempo inteiro é calculado, tendo em conta (i) o disposto no art. 17º do D.L. n.º 26/94 e (ii) um número anual (médio) de população civil empregada da ordem dos 4.5 milhões.

Até ao final da década de 1990 terá havido um aumento de 350 efectivos, chegando-se assim a um total de 1200 diplomados com o curso de especialização em medicina do trabalho (CEMT), dos quais 80% deverão actualmente exercer a actividade, a tempo inteiro ou a tempo parcial. Tendo em conta o número de especialistas reconhecidos actualmente pela Ordem dos Médicos (mais de 400) e o número de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST a operar no mercado (talvez meio milhar), poderemos ter, na melhor das hipóteses, 500 a 600 médicos do trabalho a exercer a actividade a tempo inteiro. Seguindo este raciocínio, no final da década de 1990 só cerca de 30% a 40% da nossa população trabalhadora estaria devidamente coberta por serviços de saúde/medicina do trabalho (o equivalente 1.5 a 1.8 milhões de trabalhadores, respectivamente). Chegar-se-ia assim à mesma conclusão da que já foi atrás referida (ponto 3.4.1).

No caso dos enfermeiros do trabalho, deveria haver pelo menos um em cada uma das mais de 700 empresas societárias cujo volume de emprego é superior a 250 trabalhadores (FCEE, 1997, cit. por Graça, 2000). Recorde-se o disposto no n.º 6 do art. 19º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual: “Nas empresas cujo número de trabalhadores seja superior a 250, no mesmo estabelecimento, ou estabelecimentos situados na mesma localidade ou localidades próximas, o médico do trabalho, na realização dos exames de saúde, deve ser coadjuvado por um *profissional de enfermagem com experiência adequada*” (Itálico meu).

Num estudo sobre os acidentes de trabalho e de trajeto ocorridos em 1998, há também alguns dados relevantes para a estimativa da população trabalhadora coberta por serviços de SH&ST. Tratou-se de um inquérito, por entrevista directa, a uma amostra de 5081 trabalhadores do Continente, vítimas de acidentes de trabalho (94.7%) ou de trajeto (5.3%), não mortais (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, s/d). A base da amostragem foi constituída pelas participações feitas pelas companhias de seguros. Excluíam-se, portanto, os subscritores da Caixa Geral de Aposentações cujo regime jurídico de protecção em caso de acidente de serviço ou doença profissional passou posteriormente a ser o estabelecido pelo D.L. n.º 503/99, de 20 de Novembro de 1999.

Mais de metade dos inquiridos (52%) assinalaram a existência, na sua empresa ou estabelecimento, de estruturas (sic) de SH&ST, sendo o sector da Electricidade, Gás e Água (CAE E) aquele que apresentava o maior número de respostas afirmativas. No que se refere aos serviços de medicina do trabalho (internos ou externos), 55.5% dos sinistrados apontaram a sua existência, com maior proporção para as indústrias pesadas, seguidas das indústrias ligeiras.

Para além da não-representação dos trabalhadores da função pública, julga-se que o sector terciário estaria sub-representado neste estudo, devido à taxa diferencial de incidência dos acidentes de trabalho. O mesmo se poderia dizer dos trabalhadores por conta própria, insuficientemente protegidos até 1997 em caso de acidente de trabalho (Cerca de 95% dos sinistrados eram trabalhadores por conta de outrem).

Por tudo o que ficou dito, admitia-se que no final da década de 1990 houvesse uma cobertura desigual da população trabalhadora, por serviços de SH&ST. Pelo menos mais de metade da população activa empregada não deveria ainda estar abrangida, incluindo: (i) pessoal da administração pública, central, regional e local (716.418 em 1999), com destaque para os seus três maiores sectores em volume de emprego, o da educação (228.771), o da administração autárquica (116.066) e o da saúde (115.590); (ii) trabalhadores das instituições privadas de solidariedade social; (iii) trabalhadores migrantes e outros na economia paralela; (iv) trabalhadores por conta própria (1 milhão e 136 mil no ano 2000); (v) trabalhadores familiares não remunerados, trabalhadores de explorações agrícolas familiares e outros equiparados; e (vi) trabalhadores das microempresas (até 9) (cerca de 560 mil em 1997) (Graça, 2001). Segundo o próprio Ministério da Saúde, até finais de 2002 só cerca de 10% dos hospitais, centros de saúde e outros serviços do sector público da saúde é que dispunham de serviços de SH&ST, internos na sua grande maioria (80%) (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde, 2003: 60).

### **2.3.5. Integrar a saúde e a segurança dos trabalhadores no sistema de gestão da empresa**

#### **2.3.5.1. Qualidade, Ambiente e SH&ST**

Na sequência da publicação das normas ISO 9000 para a gestão da qualidade, em 1986, e sobretudo das normas ISO 14000 para a gestão ambiental, em 1996, começou a surgir o interesse pela aplicação da mesma metodologia ao sistema de gestão da SH&ST (em inglês, *Occupational Safety and Health Management System*, abreviadamente OSH-MS).

Porém, em 1996, a *International Organisation for Standardization (ISO)* veio defender o ponto de vista segundo o qual a Organização Internacional do Trabalho (OIT), devido à sua missão, história e estrutura tripartida, seria a instituição melhor colocada para elaborar orientações e normas neste domínio. E na realidade foi o que veio a acontecer com a publicação, cinco anos mais tarde, das chamadas ILO-OSH 2001, as *ILO Guidelines on OSH Management Systems* (ILO, 2001), também recentemente traduzidas para português, em edição do IDCT (OIT, 2002).

Organizações que integram a rede da ISO não desistiram, porém, de explorar esta fileira. Foi o caso, por exemplo, da *British Standards Institution (BSI)*, e de outras organizações e empresas de certificação que, em conjunto, elaboraram as OSHAS 18001:1999 (OSHAS é o acrónimo

de *Occupational Safety and Health Assessment Series*). Desta norma internacional deriva a NP 4397: 2001 – Sistema da Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (Rodrigues, 2003 a).

As normas OHSAS 18001: 1999 foram desenvolvidas de modo a serem compatíveis com as ISO 9001 e as ISO 14001, e integrarem assim os três subsistemas de gestão: qualidade, ambiente e SH&ST.

Para além da área mais tradicional da SH&ST, há um crescente interesse na Europa pela aplicação do conceito, princípio e metodologia da gestão da qualidade à PST (Workshop on Quality Management in Workplace Health Promotion, 1997).

O Sistema de Gestão da SH&ST implementa-se, tal como os demais (qualidade e ambiente) em quatro fases distintas e complementares entre si, que têm por base o ciclo de Deming e o seu princípio da melhoria contínua (Creech, 1998). Estas quatro fases são conhecidas pelas suas iniciais em inglês: P (*Plan*), D (*Do*), C (*Check*), A (*Act*). O vector estratégico destas quatro acções é a Política de SH&ST da empresa ou estabelecimento (Rodrigues, 2003). No entanto, em minha opinião, a filosofia que está subjacente a este documento (as OHSAS 18001: 1999) privilegia a tradicional *cultura da segurança* (prevenção dos riscos profissionais) em detrimento da *cultura da saúde* (promoção da saúde dos trabalhadores). Esta dicotomia saúde/segurança é um dos mais sérios obstáculos à criação, entre nós, de um sistema integrado de gestão da SH&ST.

As *guidelines* da OIT têm a vantagem de: (i) serem um modelo único internacional; (ii) serem compatíveis com outras normas e recomendações em matéria de sistemas de gestão; (iii) não terem um carácter imperativo do ponto de vista legal; (iv) não pretenderem substituir nem as leis ou regulamentos nacionais nem as normas vigentes; e, por fim, (v) a sua aplicação ser voluntária, não exigir certificação, implicar uma estrutura leve e flexível (ILO, 2001).

Segundo o modelo da OIT, o sistema de gestão da SH&ST é um subsistema do sistema integrado de gestão da empresa ou estabelecimento, devendo interagir e ser compatível com os demais subsistemas de informação para a gestão (por exemplo, ambiente, qualidade, produção, recursos humanos, marketing, vendas, finanças).

A nível da empresa ou estabelecimento, aquelas *guidelines* pretendem atingir um duplo objectivo: (i) orientar e facilitar a integração do sistema de gestão da SH&ST no sistema global de gestão (incluindo a estratégia da organização e as suas diferentes políticas sectoriais); e (ii) motivar os diferentes actores da organização a aplicar princípios e métodos adequados de gestão da SH&ST, tendo em vista a melhoria contínua dos resultados em matéria de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (ILO, 2001).

#### **2.3.5.2. As vantagens do sistema integrado da SH&ST**

Uma das críticas correntes que se faz à SH&ST, para além da (i) frequente dissociação da saúde e da segurança, é (ii) a sua não integração no sistema de gestão da empresa ou estabelecimento. A abordagem sistémica e estratégica da SH&ST pretende obviar aos inconvenientes da prática dos médicos do trabalho, engenheiros de segurança e outros, que é tradicionalmente programática, *top down*, vertical, técnico-normativa, monodisciplinar, parcelar, especializada e atomística.

Essa prática profissional (i) não deixa grande espaço de manobra para o trabalho em equipa, as redes de comunicação abertas, a cooperação intersectorial e a participação activa dos diferentes *stakeholders* (e em especial dos trabalhadores); (ii) sobrevaloriza a *compliance* e o cumprimento das normas em detrimento de lógicas de desenvolvimento pessoal e organizacional; e, por fim, (iii) ignora ou escamoteia a importância do *feedback*, da valiação de resultados e da melhoria contínua do desempenho organizacional.

As vantagens de um sistema integrado de gestão da SH&ST poderiam ser sumariamente enumeradas desta maneira: (i) alinhamento e congruência dos objectivos de SH&ST com a estratégia e os objectivos da organização; (ii) integração da SH&ST no sistema organizacional e nos seus diferentes subsistemas (v.g., produção, vendas, finanças, recursos humanos); (iii) definição dos programas e actividades de SH&ST num modelo de análise lógico e coerente; (iv) estabelecimento de um conjunto consistente de políticas, objectivos, programas e procedimentos, e sua eficiente e eficaz divulgação; (v) criação de uma sistema de informação e documentação permitindo a realização de auditorias periódicas; e, por fim, (vi) adaptação flexível a diferentes contextos culturais e nacionais. Os custos de concepção e implementação e os disfuncionamentos burocráticos podem ser apontados, por seu turno, como duas possíveis desvantagens dos sistemas de gestão da SH&ST (IOHA, 1998).

De acordo com o modelo proposto pela OIT, importa ainda reter os cinco elementos estruturadores do sistema de gestão da SH&ST: (i) a política; (ii) a organização; (iii) o planeamento e a implementação; (iv) a avaliação; e, por fim, (v) a correcção na perspectiva da melhoria contínua (ILO, 2001; OIT, 2002).

O empregador deve definir e apresentar, em documento escrito, uma política no domínio da SH&ST. Essa política deve: (i) ser *apropriada* à empresa ou estabelecimento, tendo em conta a sua dimensão, o seu ramo de actividade económica, a sua história, a sua cultura e as suas especificidades; (ii) ser *clara, concisa e precisa*; (iii) estar *datada e devidamente assinada* pelo empregador ou pelos seus representantes legais ou por um gestor executivo de topo; (iv) ser amplamente *divulgada e conhecida* por todo o pessoal nos diferentes locais de trabalho e nos diversos estabelecimentos da empresa (se os houver); (iv) estar *acessível a outros interessados no exterior* (v.g., IDICT, Direcção Geral da Saúde, associações patronais e sindicais, fornecedores e clientes, universidade, público em geral) e, tanto quanto possível, ser divulgada pela página da empresa na Internet; e enfim (v) ser *revista periodicamente*.

A política de SH&ST deve incluir, no mínimo, um conjunto de *princípios e objectivos*, aceites e assumidos pelo empregador e pelos seus representantes: (i) a protecção da saúde e segurança de todo o pessoal da empresa ou organização, através da *prevenção dos riscos profissionais*, da vigilância da saúde dos trabalhadores e da vigilância do seu ambiente, tanto físico como psicossocial, de trabalho, bem como da promoção da sua saúde e do seu bem-estar; (ii) o cumprimento das obrigações legais, convencionais e facultativas em matéria de SH&ST (legislação nacional e comunitária, convenções colectivas de trabalho, programas voluntários ou outros compromissos assumidos nesta matéria, tais como a prestação de cuidados médicos, a educação para a saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis, a realização de programas de tratamento e reabilitação de doenças crónicas, etc.); (iii) a garantia da igualdade de oportunidades de participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes nas diferentes fases do sistema de gestão da SH&ST; (iv) a melhoria contínua da eficácia, da eficiência e da qualidade do sistema de gestão da SH&ST.

A *participação dos trabalhadores* é um elemento essencial do sistema de gestão da SH&ST. Os trabalhadores e os seus representantes eleitos para a SH&ST têm direito, no mínimo, à

*informação, formação e consulta* em todas as matérias relacionadas com a SH&ST e com o seu posto de trabalho. Para uma participação activa nas diferentes fases do processo de gestão da SH&ST (concepção, planeamento, organização, execução, avaliação, correcção e melhoria), os trabalhadores e/ou seus representantes precisam não só de tempo como de outros recursos (financeiros, técnicos, humanos, logísticos).

A nível da organização, há que tirar as devidas ilações do facto de a protecção e a promoção da saúde no trabalho ser uma *obrigação legal do empregador*. Tal implica, por exemplo, (i) a clara assumpção da liderança da SH&ST e (ii) a definição de responsabilidades. Implica igualmente (iii) a afectação de recursos, (iv) a procura de competências e (v) a garantia de formação, a par da (vi) criação do sistema de informação e documentação. Devem ser igualmente definidos nesta fase (vii) a rede e os processos de comunicação, a nível interno e externo.

O planeamento, por sua vez, tem sobretudo a ver com: (i) o estabelecimento de objectivos de SH&ST (v.g., específicos, apropriados, mensuráveis, escritos, congruentes com a legislação e a cultura da empresa); (ii) a concepção de programas e actividades baseados na avaliação de riscos e na identificação de necessidades e expectativas dos trabalhadores, através nomeadamente de técnicas de grupo ou de inquérito por questionário (Graça, 1999f).

A avaliação é sobretudo: (i) a monitorização e avaliação de resultados e processos; (ii) a auditoria periódica do sistema de gestão da SH&ST; (iii) a revisão periódica a realizar pela direcção de topo; (iv) a correcção do plano; e, por fim, (v) a melhoria contínua do sistema de gestão da SH&ST (ILO, 2001).

## **2.4. Desenvolvimento organizacional e inovação em saúde no trabalho**

### **2.4.1. As maiores e as melhores**

Para além da dimensão (ou volume de emprego) (Fielding, 1990 e 1998), há outras características organizacionais que estão associadas à prevalência de actividades de saúde no local de trabalho, nos EUA, tal como se pode concluir dos resultados do inquérito por questionário postal às 500 empresas eleitas pela revista *Fortune* como as melhores e as maiores do ano de 1984 (abreviadamente, *Fortune 500/1984*).

Basicamente os autores (Hollander e Lengermann, 1988) pretendiam saber o seguinte: (i) se a empresa tinha em curso algum programa de promoção da saúde; (ii) o tipo e o número de actividades ou programas; (iii) a elegibilidade dos diversos grupos de trabalhadores e o seu nível de participação; (iv) os recursos afectos ao programa (financeiros, humanos e logísticos); (v) a metodologia de planeamento e avaliação; e (vi) as intenções futuras da empresa neste domínio.

Quanto às variáveis independentes, consideravam-se: (i) o *ranking* ou posição da empresa na lista da *Fortune 500/1984* (em função do volume de negócio); (ii) a dimensão (ou número de trabalhadores); (iii) o grau de modernização tecnológica (baixo ou alto).

Dois terços (n=164) dos respondentes (n=247) eram empresas activas no domínio da saúde no trabalho. E dessas, mais de 60% (n=92) tencionavam expandir as suas actividades. O número médio de actividades era de 7.9. Além disso, quanto maior era a classificação ou o *ranking* das empresas na lista da *Fortune 500/1984*, maior era a probabilidade de (i) terem um



*programa de saúde no trabalho*, de (ii) oferecerem *maior número de actividades* no âmbito do programa e de (iii) terem *planos para expandir o(s) program(s)*. A dimensão também estava relacionada com a prevalência da PST e o número médio de actividades. O grau de modernização tecnológica, baixo (*lo-tech*) ou alto (*hi-tech*), não estava associado à existência de programas, mas estava positivamente relacionado com o número de actividades realizadas e com os planos de expansão dos programas (*Quadro II.5*).

Sectores em que havia mais de 80% de empresas com iniciativas de saúde eram as indústrias extractivas (“mining”) e as indústrias transformadoras (“such as printing, office equipment, oil refining and cosmetics”), em contraste com sectores mais tradicionais como os têxteis, a fabricação de produtos metálicos ou os transportes (onde a frequência de programas se situava abaixo dos 50%).

Ainda de acordo com os resultados do citado inquérito, as dez actividades mais frequentes eram as seguintes: (i) controlo da hipertensão (83%); (ii) exames globais de saúde (78%); (iii) consumo de álcool e droga (75%); (iv) consumo de tabaco (75%); (v) prevenção dos acidentes, segurança e primeiros socorros (75%); (vi) actividade física (75%); (vii) controlo do peso e nutrição (65%); (viii) gestão do stress (61%); (ix) diagnóstico e tratamento do cancro (61%); e, por fim, (x) informação e aconselhamento em matéria de saúde mental (36%).

Nas empresas da *Fortune 500/1984*, a percentagem média de trabalhadores elegíveis para participar nas actividades de saúde era muito alta (cerca de 90%). Quanto à participação média efectiva situava-se nos 40%. E, se bem que as diferenças não fossem estatisticamente significativas, “the highest ranked, largest, and hi-tech categories once again show the highest levels of participation” (Hollander e Lengermann, 1988: 496).

Quadro II. 5– Prevalência de programas de PST na amostra das 500 melhores e maiores empresas da *Fortune 5000/1984* (n=247)

	Empresas c/ Programas (%)	Nº médio de actividades	Empresas c/ planos de expansão dos programas existentes (%)
<b>Classificação (Lista da 'Fortune')</b>			
1-100	91*	8.9 †	79 •
101-200	77 •	8.0 †	61 •
201-300	70 •	6.8 †	48 •
301-400	45 •	7.2 †	38 •
401-500	35 •	5.7 †	54 •
<b>Dimensão (volume de emprego)</b>			
1-999	62 •	6.0 †	59
1000-9999	63 •	8.6 †	52
> 10000	75 •	8.5 †	71
<b>Grau de modernização tecnológica</b>			
Baixo	66	7.3 •	55
Alto	67	8.4 •	69
<b>Total</b>	<b>66 (n=164)</b>	<b>7.9 (n=164)</b>	<b>61 (n=92)</b>

\* p < 0.001; † p < 0.01; • p < 0.05

Fonte: Hollander e Lengermann (1988: 495)

Quanto ao *organizational support*, é interessante sublinhar que: (i) mais de metade (53%) das empresas cobriam totalmente os encargos financeiros com os programas; (ii) em 43% dos casos, os custos eram partilhados pelo empregador e pelos trabalhadores; (iii) só em 20%

das empresas é que os programas de saúde decorriam inteiramente durante o tempo de trabalho; (iv) o pessoal de enfermagem estava envolvido em 74% dos programas, uma proporção muito mais alta do que em relação a outros profissionais, como por ex. os médicos (60%), os especialistas em educação para a saúde (39%) ou os gestores e técnicos de recursos humanos (39%).

Ainda de acordo com Hollander e Lengermann (1988: 497), em metade das empresas as actividades decorriam dentro e fora do horário de trabalho (“on a combination of company and employee time”). Este padrão era mais provável de ser encontrado nas “higher ranked, larger, and hi-tech companies”. Quanto ao número de profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros e *health educators*), 83% dos programas empregavam pelo menos um destes profissionais, 59% empregavam pelo menos dois e 23% empregavam todos os três. A classificação, a dimensão e o grau de modernização tecnológica eram variáveis que estavam relacionadas com a existência da figura do *health educator* e a sua integração na equipa de saúde: “(...) the top 100 companies of the Fortune 500 are much more likely than other ranks to use all three health-professionals as a group (43% in the top rank compared with 14% in the next highest rank); (...) the top rank is also more likely to hire each type of health professionals separately, and in particular health educators”.

Era esperado que as empresas da *Fortune 500/1984*, cotadas como sendo as melhores e as maiores, usassem no processo de PST as mesmas técnicas de planeamento e avaliação aplicáveis ao processo de produção de bens ou prestação de serviços, e em particular: (i) o estudo de necessidades (*needs assessment*), para determinar as actividades a oferecer; (ii) a avaliação de processos e/ou resultados (*evaluation*); e (iii) a análise de custos (*cost analysis*).

De acordo com o *Quadro II.6*, mais de metade dos respondentes usavam pelo menos uma destas técnicas, sendo maior a proporção do estudo de necessidades (41%) em relação à avaliação de resultados (35%). Apenas 16% destas empresas faziam análise de custos.

Quadro II.6 – Percentagem de empresas da amostra da amostra da *Fortune 500/1984*, que faziam estudo de necessidades, avaliação e análise de custos no âmbito dos programas de PST (n=164)

	Estudo de necessidades (1)	Avaliação de resultados (2)	Análise de custo (3)	Não usavam nenhuma destas técnicas (1,2,3)
<b>Classificação</b>				
1-100	51	40	26	38
101-200	46	36	11	39
201-500	31	30	11	59
<b>Dimensão</b>				
1-999	33	20 •	13	62 •
1000-9999	45	43 •	17	42 •
10000	49	41 •	17	36 •
<b>Grau de modernização tecnológica</b>				
Baixo	38	35	17	50
Alto	46	35	14	43
<b>Total</b>	<b>41 (n=64)</b>	<b>35 (n=54)</b>	<b>16 (n=24)</b>	<b>47 (n=76)</b>

• p < 0.05

Fonte: Hollander e Lengermann (1988: 498)

Na interpretação dos resultados, verifica-se que há alguma associação entre o uso destas técnicas e as variáveis organizacionais (“rank, size and type of industry”), muito embora essa relação não seja estatisticamente significativa, a não ser para a dimensão.

O estudo apontava para outra tendência interessante: (i) de um modo geral, as empresas de maior dimensão e melhor classificadas na lista da *Fortune 500/1984*, bem como as empresas com maior grau de modernização tecnológica e que aplicavam as técnicas de planeamento e avaliação aos programas PST, usavam mais os profissionais de saúde do que os técnicos e gestores de recursos humanos para implementar os programas de PST; (ii), preferiam, além disso, os enfermeiros e os *health educators* aos médicos.

Embora a explicação possa também ser atribuída a uma utilização mais racional de recursos, é mais provável que seja devida ao conhecimento de que “health information and behavior can be enhanced with a diverse mix of health personnel and with less dominance of physicians” (Hollander e Lengermann, 1988: 499).

Por outro lado, a ausência de planeamento e avaliação numa elevada proporção de empresas da lista da *Fortune 500/1984* com programas de PST (47%), significava que uma boa parte da difusão de programas de saúde tinha a ver sobretudo com o fenómeno da imitação (“nonrational processes of copying an innovation identified with successful companies”), e não propriamente com processos de desenvolvimento organizacional (“based on rational efforts to adapt to environmental shifts in complexity, uncertainty, and resources”) (Hollander e Lengermann, 1988: 500).

Por fim, era esperado que, com a previsível expansão e o conseqüente desenvolvimento da PST nos EUA, as diferenças organizacionais, tecnológicas e culturais das empresas viessem ao de cima, determinando por sua vez a frequência, a natureza, a metodologia e o ritmo de evolução dos programas.

As empresas da lista da *Fortune 500* eram então vistas como constituindo uma espécie de barómetro do estado da arte em relação ao tópico da PST, não só pelo (i) seu volume de emprego e de negócio, como também pela (ii) sua *performance* económico-financeira, pelo (iii) seu sentido de responsabilidade social e pelos (iv) recursos que, à partida e por oposição às PME, poderiam dispor para investir, de maneira inovadora e custo/efectiva, na saúde dos seus colaboradores.

#### 2.4.2. *Supportive (working) environment*

O conceito de *supportive environment* foi introduzido no campo da promoção da saúde por ocasião da *III International Conference on Health Promotion: Supportive Environments for Health* que se realizou em Sundvall, na Suécia, em 1991. No contexto da saúde, este termo refere-se à dimensão quer física quer social dos sistemas em que vivemos e trabalhamos: “It encompasses where people live, their local community, their home, where they work and play. It also embraces the framework which determines access to resources for living, and opportunities for empowerment. Thus action to create supportive environments has many dimensions: physical, social, spiritual, economic and political” (WHO, 1991a). As suas implicações para a protecção e promoção da saúde no trabalho são muito importantes (Haglund, Pettersson e Tillgren, 1991).

Num estudo que incidia sobre uma amostra dos gestores (n=48) das 500 melhores e maiores empresas da Califórnia, Witte (1993) encontrou uma relação significativa entre o estilo de

gestão e a PST. Recorrendo à entrevista por telefone, o autor obteve informação sobre quatro áreas: (i) caracterização *sociodemográfica* da empresa; (ii) avaliação do *estilo de gestão* (através da aplicação de uma escala de tipo diferenciador semântico de dez itens bipolares, por ex.: flexível/rígido, participativo/directivo); (iii) percepção dos *factores de risco e problemas de saúde no trabalho*; (iv) *políticas, programas e actividades de saúde* em curso na empresa ou estabelecimento.

O autor examinou duas hipóteses de investigação: as organizações (i) com programas de PST ou que (ii) pensavam vir a implementar programas de PST, tendiam a ter estilos de gestão mais *democráticos ou participativos*; pelo contrário as organizações (iii) sem programas de PST ou que (iv) não tinham planos neste domínio, tendiam a ser mais *autocráticas ou directivas*.

A partir da literatura sobre *liderança* (por ex., Tannenbaum e Schmidt, 1958; Hersey e Blanchard, 1982) e da *teoria da difusão da inovação* (por ex., Rogers e Schoemaker, 1971; Orlandi, 1986), Witte (1993: 229) define do seguinte modo os dois estilos predominantes de gestão: (i) o estilo de gestão autoritário é também conhecido como “the traditional, scientific, classical, and autocratic style” (ênfase, por parte do gestor, nas tarefas, nos objectivos, na eficiência e eficácia, no desempenho, na produção); (ii) o estilo de gestão democrático é também conhecido como “the human relations, participatory, and innovative style” (ênfase, por parte, do gestor na partilha com os colaboradores das tarefas de concepção, planeamento, execução e avaliação).

De acordo com a *teoria da difusão da inovação*, (i) as organizações com o estilo de gestão *autoritário* tenderiam a ser cépticas e tradicionalistas (seriam as últimas a aceitar e adoptar as mudanças); pelo contrário, (ii) as organizações com um estilo de gestão mais *participativo* reconheceriam mais depressa e adoptariam mais facilmente as mudanças.

Não é difícil reconhecer que esta tipologia é bastante simplista ou redutora, como todas as tipologias. Tal como em relação à liderança dos gestores individuais, as organizações têm um estilo de gestão que forma um *continuum*, indo de autocrático a democrático. Estes dois estilos não são disjuntivos (Jesuino, 1987). Provavelmente, fará mais sentido falar-se em *cultura organizacional* do que em *organizational management style* (OMS). A cultura organizacional tende a ser entendida como “a common perception held by the organization’s members; a system of shared meaning” (Robbins, 1998: 595), e é seguramente influenciada pela liderança da gestão de topo.

No entanto, para Witte (1993: 230), o *organizational management style* (OMS) seria um construto mais específico e concreto do que *cultura organizacional*: “For example, an organization’s management style includes such factors as information flow patterns, decision-making style, communication style, methods of management (task or instrumental focus), and management structure”.

Metade da amostra californiana era constituída por empresas *hi-tech* (empresas com elevado grau de modernização tecnológica). A outra metade incluía sectores mais tradicionais como a indústria transformadora pesada, o comércio por retalho, a banca e os serviços. Cerca de 40% dos gestores que foram entrevistados disseram que tinham pelo menos um dos 10 programas-tipos de promoção da saúde (v.g., actividade física, avaliação de riscos, controlo do peso, feiras da saúde, gestão do stresse, hipertensão, lesões musculoesqueléticas, nutrição, prevenção dos acidentes e tabaco) (Witte, 1993).

Entretanto, duas em cada cinco das empresas que tinham programas de PST, apresentavam (i) como principal *prompting factor* a contenção dos custos com os cuidados de saúde; (ii) a falta de tempo era referida, por sua vez, como a principal razão para explicar a ausência de programas de PST, por parte de mais de 60% das empresas que não tinham este tipo de actividades.

As duas hipóteses de investigação foram confirmadas. Na amostra californiana, *o estilo de gestão* era o único factor que predizia a PST: (i) as organizações com programas de PST (ou com planos para a sua implementação no futuro) tendiam a ser mais *democráticas* (liderança centrada no *grupo*); (ii) por seu turno, as organizações sem programas de PST (nem planos para introduzi-las no futuro) tendiam a ser mais *autocráticas* (liderança centrada no *líder*).

O autor discute duas hipóteses de explicação para estes resultados (que, em princípio, não podem ser generalizados, dadas os possíveis enviesamentos da amostra, circunscrita a empresas de grande dimensão e duma região específica dos EUA).

A primeira hipótese explicativa está relacionada com a teoria da difusão da inovação (Rogers e Schoemaker, 1971), segundo a qual o fenómeno da adopção de tudo aquilo que é considerado novo ou *inovador* segue a distribuição da curva normal, podendo distinguir-se cinco categorias de respostas comportamentais (Witte, 1993: 228): (i) os *inovadores* propriamente ditos (*innovators*) (2.5% da população); (ii) os *primeiros a adoptar* a inovação (*early adopters*) (13.5%); (iii) a maioria relativa dos que *imitam os anteriores* (*early majority*) (34%); (iv) a maioria relativa dos que *tardam a adoptar* as inovações (*late majority*) (34%); (v) e, finalmente, os *conservadores* ou *tradicionalistas* que se recusam a mudar (*laggards*) (16%).

Em função do seu estilo de gestão dominante (democrático ou autocrático), as organizações tendem a cair num dos lados da distribuição da adopção da inovação”: (i) “if democratic organizations may be classified as innovators, early adopters, or the early majority, we would expect them to adopt and implement programs early in the worksite health program innovation curve; (ii) as organizações autoritárias, pelo contrário, “appear to fit the categories of the late majority and laggards, given their lack of adoption and implementation”.

A segunda hipótese explicativa, avançada por Witte (1993), centra-se na *teoria do controlo social* (Conrad e Walsh, 1992): (i) as organizações autoritárias tenderiam a manter as velhas formas de controlo social, enquanto (ii) as organizações democráticas procuravam ensaiar e adoptar novas formas. “It is plausible that authoritarian management style organizations, which are by definition more traditional in their outlook, engage in ‘old’ form of social control, where procedures and jobs are routinized and institutionalized in an attempt to control the labor force. Authoritarian organizations claim no jurisdiction over lifestyle-related health behaviors, because these fall outside the scope of corporate control. Thus, authoritarian organizations do not view health promotion programs as necessary or beneficial”.

As organizações democráticas, pelo contrário, “may be engaging in an emergent ‘new’ form of social control where employers, in the name of health and wellness, attempt to control lifestyle behaviors inside as well as outside the organization” (...). Thus, democratic organizations engaging in the ‘new’ form of social control may be more likely to offer health promotion programs, which may be seen as a better means to control employee productivity and commitment than ‘old’ forms of social control” (Witte, 1993).

De qualquer modo, há que distinguir entre *elegibilidade* e *participação*. Esta, por exemplo, era claramente variável em função do tipo de programa e do local onde era administrado (dentro

ou fora do estabelecimento). Segundo Fielding (1990), os programas de *avaliação e vigilância da saúde* tendiam a registar taxas mais elevadas de participação (70% a 90%), ao invés dos programas de *redução de riscos* (entre 5% a 30% dos trabalhadores elegíveis, ou seja, pertencentes ao grupo de risco, durante o período de um ano). Programas como o do tabaco e da obesidade raramente mobilizavam mais do que 20% a 25% dos trabalhadores elegíveis. Um programa como o *Live for Life*® da Johnson & Johnson apontava originalmente para taxas de participação ou de adesão entre os 20% e os 40% dos trabalhadores elegíveis, conforme o tipo de programa específico.

Segundo a experiência norte-americana dos anos oitenta, a participação (e a continuação da participação ao longo do tempo) da população trabalhadora dependia de múltiplos factores, incluindo: (i) a visibilidade do apoio da gestão (a todos os níveis, desde o topo à base); (ii) a existência e a natureza dos incentivos (positivos ou negativos, com expressão monetária ou não); (iii) as garantias de confidencialidade; ou (iv) o tipo de metodologia usada no planeamento, implementação e avaliação dos programas (Sloan *et al.*, 1987; Stange *et al.*, 1991; Stoffelmayr *et al.*, 1992; Heirich *et al.*, 1993).

Educadores e promotores de saúde tenderiam, por outro lado, a subestimar a importância dos factores psicossociais e organizacionais associados à participação dos trabalhadores (Sloan e Gruman, 1988; Conrad, 1987a). A importância do clima organizacional e da percepção individual dos riscos para a saúde foi demonstrada num estudo preliminar na *AT&TN Communications*, por Sloan e Gruman (1988).

Por sua vez, num estudo prospectivo, realizado por Stange e colaboradores (1991) sobre os factores que prediziam a participação num programa de PST, foram seleccionados como variáveis independentes a percepção da eficácia, o *health belief model*, o suporte social, o stress, a experiência de participação em actividades ou programas de saúde anteriores, a importância atribuída à saúde, bem como o empenhamento e a satisfação no trabalho. E como variáveis intermédias, as características demográficas, o estado de saúde e os hábitos de saúde.

O referido estudo demonstrou que só a *percepção da eficácia do programa* estava associada à participação no total da amostra (n=396, representando 78% da população da empresa). Por *eficácia* deve entender-se (i) o grau de confiança no programa, (ii) a auto-confiança e (iii) as expectativas em relação aos resultados, ou seja, a percepção individual relativamente à possibilidade de se operar uma *mudança efectiva e concreta* dos comportamentos específicos de saúde, objectos de um dado programa (por ex., deixar de fumar, mudar os hábitos alimentares, aprender a lidar com o stress, controlar o peso, prevenir os acidentes).

Uma crítica que tem sido feita a muitos programas, nos EUA, centra-se no facto de a promoção da saúde no trabalho ser mais dirigida ao (i) *desenvolvimento individual* do que ao (ii) *desenvolvimento organizacional*. Ora, para ser eficaz, ela tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action* (Sloan *et al.*, 1987; Sloan e Gruman, 1988; Green, 1988), ou seja, agir sobre o ambiente de trabalho e ao mesmo tempo fornecer informação e conhecimento aos trabalhadores, além do imprescindível apoio, com vista a manterem e melhorarem a sua saúde (Ribisl e Reischl, 1993; WHO, 1995; Wynne, 1998).

### 2.4.3. A especificidade europeia

Fazendo o balanço daquele que foi provavelmente “the largest single researching development program undertaken in the area of Workplace Health Promotion in Europe”,

levado a cabo pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, entre 1989 e 1998, Wynne (1998) sintetizou do seguinte modo as principais conclusões do inquérito por questionário levado a cabo em 1991, no âmbito do projecto *Innovative Workplace Action for Health*, e a que responderam mais de 1400 empresas de sete países comunitários: (i) muitas das actividades de saúde tinham mais a ver com a SH&ST do que com a PST; (ii) a natureza e a frequência das actividades não podiam ser desligadas de factores macro-estruturais, incluindo o país; (iii) o cumprimento da lei era apenas uma das múltiplas razões que podiam estar por detrás deste tipo de iniciativas; (iv) a participação dos trabalhadores e/ou seus representantes, a nível da concepção e planeamento dos programas, tendia a ser baixa; (v) o maior protagonismo dos serviços de medicina do trabalho e dos próprios médicos do trabalho não favorecia a participação dos trabalhadores; (vi) não se fazia análise de custo/benefício, de maneira estruturada e sistemática; (vii) as empresas tendiam a apresentar mais do que um *prompting factor* e a referir também mais do que um benefício; e, por fim, (viii) as actividades relacionadas com comportamentos individuais de saúde pou estilos de vida (v.g., álcool, tabaco, alimentação, exercício físico, educação para a saúde) eram menos frequentes na Europa do Sul (Espanha, Itália e Grécia).

De salientar ainda que tipo de actividades de saúde no local de trabalho (*innovative workplace health action*) também estavam (i) positivamente relacionadas com várias características organizacionais: a dimensão, a taxa de sindicalização, a existência de política de saúde escrita ou explícita, de serviços internos de saúde ocupacional e de comissão (paritária) de segurança e saúde no trabalho, o envolvimento da administração/direcção e o recurso a consultor externo; mais especificamente, (ii) as intervenções organizacionais estavam também ligadas à preocupação em melhorar o ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a saúde.

Da avaliação dos quatro dezenas de estudos de caso, feitos na II fase do projecto, podia sobretudo concluir-se que os exemplos mais bem sucedidos não eram necessariamente os que obedeciam a critérios de *boas práticas*. No entanto, apontavam-se como factores de sucesso: (i) a abordagem sistemática, pragmática, empírica, orientada para problemas concretos; (ii) a existência de líderes altamente motivados, não tendo necessariamente formação específica em saúde; (iii) o inequívoco apoio e o claro envolvimento da hierarquia da empresa a todos os níveis; (iv) a não dissociação das questões de saúde e das questões de gestão (incluindo a produção); e, por fim, (v) a abordagem transdisciplinar e multisectorial (Wynne e Clarkin, 1992 ; Breucker *et al.*, 1998).

Alguns dos obstáculos referidos pelas empresas europeias, no início dos anos 90, eram mais ou menos esperados, tendo a ver principalmente com (i) a falta de recursos financeiros, (ii) problemas de logística, (iii) dificuldades em obter a adesão dos trabalhadores e/ou seus representantes ou (iv) falta de competências e de recursos humanos. Em contrapartida, o obstáculo menos citado era a falta de apoio da direcção/administração (Wynne e Clarkin, 1992). Este último tipo de resposta não surpreende, tendo em conta o cargo ou a função dos respondentes: director de pessoal (36.6%), administração/direcção (20.9), médico do trabalho (10.2%), outro representante dos serviços de SH&ST (4.4%), serviços financeiros (3.8%) e outras áreas (24.1%).

Não obstante as dificuldades com que se depara a análise dos dados num estudo desta natureza, resultantes das próprias diferenças (económicas, políticas, legislativas, linguísticas e culturais) entre países, os autores procuraram explicar em que medida algumas das características *sociodemográficas* das empresas (v.g., dimensão, sector de actividade, controlo accionista, taxa de sindicalização) bem como o seu *sistema de gestão da saúde* (v.g., serviço de saúde ocupacional, comissão de segurança e saúde no trabalho, política de saúde, orçamento

de saúde e prioridade atribuída à saúde) contribuíam para explicar a frequência de certas actividades de saúde e o seu índice de saúde. O nível de participação dos diferentes actores no ciclo de vida dos projectos (concepção, planeamento, implementação e avaliação), incluindo a administração/direcção, os profissionais de saúde e segurança no trabalho e os trabalhadores e seus representantes, também pode prever a frequência das políticas, programas e actividades de saúde bem como o seu índice de saúde. Foi usada a análise de regressão multivariada.

Da experiência, posterior, da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (Kuhn, 2000), a qual levou a cabo dois projectos de investigação e disseminação no período de 1996-2002, um sobre (i) factores de sucesso (Breucker *et al.*, 1998) e outro sobre (ii) as pequenas e médias empresas europeias (1999-2002) (European Network for Workplace Health Promotion, 2001 e 2001a), poderá retirar-se algumas ideias-chaves para o desenvolvimento do sistema de gestão da saúde no trabalho:

(i) os trabalhadores têm de ser envolvidos em todas as fases do processo (*participação*); (ii) as políticas, programas e actividades devem seguir a metodologia do ciclo de resolução de problemas e tomada de decisão: análise, definição de prioridades, procura de soluções, avaliação das alternativas, planeamento, implementação, monitorização, avaliação e correcção do plano (*gestão por projectos*); (iii) a política de saúde tem por base o local de trabalho (*integração*); e (iv) a acção deve ser dirigida tanto para o indivíduo como para a organização, vistos como um *sistema complexo* (Breucker, 1998: 69-70).

A *BKK Bundesverband* (2003) que é uma das três maiores e mais influentes associações federais alemãs de “company health insurance funds”, com 13.9 milhões de segurados e uma rica experiência de década e meia de investigação e desenvolvimento em PST, estabeleceu em 1994 quinze critérios para a avaliação de exemplos práticos em PST na Alemanha e atribuição do Prémio BKK. Esses critérios são, muito sumariamente, os seguintes: (i) integração, na empresa ou estabelecimento, das políticas, programas e actividades de saúde; (ii) cooperação interdisciplinar e intersectorial; (iii) análise da situação corrente e relatório de saúde; (iv) clara definição de objectivos; (v) continuidade das políticas, programas e actividades; (vi) abertura e participação; (vii) orientação para grupos-alvos; (viii) marketing, comunicação e relações públicas; (ix) abordagem sistémica; (x) condições de trabalho saudáveis e seguras; (xi) estilos de vida saudáveis; (xii) benefícios para o trabalhador (melhoria da saúde); (xiii) benefícios para a empresa (económicos e sociais); (xiv) garantia e avaliação da qualidade; (xv) análise de custo/benefício (Stein, 1997).

Uma grelha de avaliação, sob a forma de escala, foi por mim elaborada a partir do valioso contributo da experiência da *BKK Bundesverband* a nível de investigação e desenvolvimento nesta área. Este instrumento permite obter um índice global de sucesso das políticas, programas e actividades de saúde, resultante da soma de quatro índices parcelares: (i) estratégia e política de saúde da empresa (6 itens); (ii) planeamento, implementação e avaliação da política de saúde (10 itens); (iii) participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes (5 itens); e (iv) resultados da política de saúde (6) (vd. *Quadro 11.7*, em anexo).

Um outro contributo importante para o desenvolvimento do sistema integrado de gestão da saúde e segurança no trabalho foi o que resultou do projecto *Training Specification for Workplace Health Promotion*, igualmente liderado por uma equipa de trabalho com elementos de diversos Estados-membros da União Europeia (incluindo Portugal), e integrado no programa de



acção da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Via e de Trabalho (Wynne, 1998 (vd. *Quadros II.8 e II.9*, em anexo).

Duas ideias básicas estão implícitas nesse dois documentos: (i) a protecção e a promoção da saúde no trabalho constituem um *processo de acção colectiva*, centrada no indivíduo, no grupo e na organização; (ii) seguindo a metodologia da *gestão por projectos*, este processo tem sete fases, mais lógicas do que cronológicas, onde se inclui o estudo da avaliação de necessidades, expectativas e preferências da população-alvo (fase 3), do qual deverá resultar a elaboração e apresentação de um relatório de saúde (Graça, 1999f); (iv) há vários papéis funcionais (pelo menos, seis) a desempenhar por diferentes actores ao longo das várias fases, requerendo diferentes conhecimentos e competências (Graça, 1998a).

## 2.5. A participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST

### 2.5.1. Introdução

De um modo geral, os gestores nas empresas têm dificuldade em lidar com o mais imprevisível e complexo *input* do sistema técnico e organizacional de trabalho: os homens e as mulheres que trabalham, e que os robôs não irão tão cedo substituir nos nossos locais de trabalho. A prova está nas muitas *buzzwords* que continuamos a inventar a propósito do *human factor*: por exemplo, *empowerment*, *humanware*, *capital humano*, *reengenharia*. Desde Taylor, Ford e Fayol, que os engenheiros e outros arquitectos de sistemas de produção e de trabalho se esquecem frequentemente das pessoas, não apenas como *indivíduos* (físicos) mas também como *actores* (sociais).

Para além da questão (político-ideológica) da cidadania empresarial ou da democracia industrial, haveria sobretudo uma razão (prática, utilitária) para se advogar o princípio da participação e da consulta no local de trabalho: (i) enquanto o *factor humano* não for substituído por outras formas de inteligência superior, os gestores continuam a ter, pela frente, o incontornável problema da organização do trabalho; (ii) esse problema não é mais do que o da (in)compatibilidade entre as potencialidades das tecnologias de produção e as capacidades humanas.

Há uma tendência, nas organizações, para ignorar ou escamotear o facto de o *factor humano*, no local de trabalho, funcionar a três níveis (Berlin, 1993): (i) o nível mais elementar é fazer um trabalho manual sem pensar (a isso o quis reduzir Taylor, o pai do *scientific management*); (ii) o nível seguinte é tentar compreender o que se está a fazer, pensar e memorizar; (iii) no último nível, o *factor humano* acrescenta, ao seu trabalho, a criatividade, a capacidade de identificar e resolver problemas, de tomar decisões de maneira autónoma, inovadora e responsável, sozinho ou em grupo.

A questão da participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST tem de ser vista, antes de mais, desta perspectiva utilitária, sem esquecer que ela é também um facto civilizacional, traduzido no ordenamento jurídico (por ex., Constituição, legislação laboral).

Em Portugal está formalmente reconhecido o direito à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST. Mais especificamente é reconhecido pelo legislador português o *direito à informação, à formação, à representação, à consulta e à proposta* (artigos 9º e 10º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991). É também reconhecido ao trabalhador o *direito de recusar ou suspender o trabalho em caso de perigo grave e iminente que não possa ser evitado* (art. 15º).

Apesar deste enquadramento legal favorável (a que só falta a regulamentação da figura do representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST, a que se refere o art. 10º do D.L. n.º 441/91), estamos longe de ter conseguido uma participação equilibrada, efectiva e concreta dos trabalhadores portugueses no sistema de gestão da SH&ST. Essa participação, por sua vez, não pode ser desligada da questão, mais vasta, da participação na gestão da empresa e na organização do trabalho, devendo estender-se a domínios afins da SH&ST como a protecção do ambiente, a garantia da qualidade, a introdução das novas tecnologias de produção, as novas formas de organização do trabalho ou a reorganização da empresa (Graça, 2002a).

Hoje quando falamos em organização do trabalho, pensamos em inovação sócio-organizacional, pensamos na *'high road' approach* que vai muito para além da solução de curto prazo *tecnologia + formação* (Totterdill, 2002). O sucesso de empresas portuguesas como os Transportes Luís Simões, por exemplo, passaria também pelo *employee involvement* (European Commission. Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, 1998).

### 2.5.2. Um país com um défice de participação organizacional

Na década de 1990, os trabalhadores portugueses estavam pior colocados que a generalidade da população trabalhadora da União Europeia em matéria de oportunidades de consulta e participação. De acordo com o *Segundo Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho* (Paoli, 1997), Portugal era, em 1995, o país dos Quinze onde, por exemplo, era menos provável um trabalhador ser consultado em relação às mudanças ocorridas a nível da organização do trabalho e/ou das condições de trabalho. O contraste com a Finlândia, por exemplo, não deixava de ser deveras elucidativo: havia itens em que a diferença entre Portugal e a Finlândia era de 45 ou mais pontos percentuais.

O peso esmagador das microempresas e das empresas de pequena dimensão na estrutura do nosso tecido empresarial, a sua cultura autoritário-paternalista bem como a baixa escolaridade do pessoal dirigente e dos quadros superiores (menos de oito anos de escolaridade, em média, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, citado por Graça, 2002b) podem ajudar a explicar, em parte, este défice português de participação organizacional.

Mesmo nas maiores e melhores empresas, há uma *cultura de gestão* que está longe de ser favorável à participação dos colaboradores. O retrato-robô do nosso gestor de topo não deixa de ser curioso, quando traçado pelos seus congéneres estrangeiros (n=130), a trabalhar e a residir em Portugal, os quais representariam cerca de 17.5% da população de referência estimada. Na opinião destes, os nossos executivos (i) são individualistas na sua maneira de pensar (54%); (ii) tendem a não acatar as decisões tomadas nas reuniões com os colaboradores (54%); (iii) fomentam a cultura do *presentismo* (56%); (iv) não sabem trabalhar de maneira metódica (58%); (v) usam e abusam dos títulos académicos (60%); (vi) são muito formais (70%); (vii) não fazem uma gestão eficiente do tempo (73%); (viii) adoptam um estilo de gestão autocrático (78%); e, por fim, (ix) deixam tudo para o último minuto (82%) (Ad Capital International Search, Portugal; Cranfield University School of Management, UK, 2002).

Não é difícil reconhecer dois factos históricos e estruturais: Portugal (i) não tem uma tradição de ensino (nem muito menos escolas de excelência) na área da gestão, para além da famosa “aula do comércio” de 1759 (Rodrigues *et al.*, 2002?); (ii) além disso não conheceu, em

devido tempo, o movimento de racionalização do trabalho que teve, historicamente, como referência os nomes de Taylor, Fayol e Ford (Lima, 1982).

Nas duas últimas décadas do Séc. XX, um dos problemas levantados pelos sociólogos do trabalho foi o de que as potencialidades das novas tecnologias da informação não foram (ou não estavam a ser) devidamente exploradas no caso do nosso país, nomeadamente devido ao facto de, no processo da sua introdução, (i) continuar a dominar o modelo de determinismo tecnológico e (ii) ser baixa a participação dos trabalhadores e/ou seus representantes (Kovács, 1989a; Moniz, 1989 e 1991; Kovács *et al.*, 1994; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Por outro lado, é conhecido o elevado défice de formação e qualificação dos nossos recursos humanos, a começar em matérias tão importantes como a SH&ST. Segundo o *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*, levado a cabo numa amostra de 4252 trabalhadores por conta de outrem, apenas uma pequena percentagem de trabalhadores (9.7%) referiu ter frequentado cursos de SH&ST (Portugal. Ministério da Segurança Social e do trabalho. DETEFP, 2001).

O problema não se põe só ao nível da formação específica em SH&ST. Dos trabalhadores portugueses inquiridos (n=1000) no âmbito do *Second European Survey on Working Conditions* apenas 13% (contra 53% dos finlandeses e 29 % do total dos europeus) referiram ter recebido formação paga ou prestada pelo seu empregador, a mais baixa percentagem dos 15 Estados-membros da União Europeia (Paoli, 1997). Em 2000, essa percentagem ainda era mais reduzida (12%) (Paoli e Merlié, 2001).

Sem formação dos trabalhadores portugueses não pode haver participação qualificada nos processos de inovação técnica e organizacional. Para além das implicações que tem seguramente na empregabilidade e na manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2002), a formação dos trabalhadores no domínio concreto da SH&ST decorre igualmente dos imperativos da sociedade da informação e do conhecimento e tem de ser posto no mesmo plano da infoalfabetização e da infoexclusão: “A Sociedade da Informação exige uma contínua consolidação e actualização dos conhecimentos dos cidadãos. O conceito de educação ao longo da vida deve ser encarado como uma construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes, aptidões e da sua capacidade de discernir e agir” (Portugal. Ministério da Ciência e Tecnologia. Missão para a Sociedade da Informação, 1997: 33).

### 2.5.3. O conceito de participação

O termo *participação* continua marcado por uma forte conflitualidade teórico-ideológica, havendo outras expressões mais ou menos equivalentes como envolvimento dos trabalhadores (*employee involvement*), democracia industrial, co-gestão, gestão participativa, *empowerment*, cidadania empresarial ou novas formas de organização do trabalho (NFOI). Esta última expressão, com mais de três décadas de existência, recobre, por sua vez, uma multiplicidade de termos, tais como: pós-taylorismo, reestruturação do trabalho, recomposição do trabalho, alargamento de tarefas, enriquecimento de tarefas, grupos semi-autónomos de produção, trabalho em equipa, *job design*, qualidade de vida no trabalho, humanização do trabalho, desenvolvimento organizacional, grupos de desenvolvimento, grupos de progresso e de trabalho, grupos de expressão, círculos de qualidade, *Total Quality Management*, programas de sugestões, grupos de projecto, participação directa, *lean production*,

sistemas antropocêntricos de produção, entre outros. Hoje em dia a expressão ainda é mais difusa e abrangente (Caixa II.1).

Em termos semânticos e conceptuais o termo *participação* não deixa de ser ambíguo. Etimologicamente significa “tomar parte em, fazer parte de, partilhar com os outros” (do latim *participare*, de *parts*, *partis*, “porção, quinhão, parte”). Ou seja, tanto significa fazer parte de ou estar presente em como ter influência sobre alguém ou qualquer coisa mas não necessariamente numa base igualitária (Graça, 1992). A participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (como noutras questões relevantes do domínio das relações individuais e colectivas de trabalho) será sempre uma relação de poder, mais ou menos desigual, mais ou menos assimétrica, na medida em que o conteúdo, a organização e as demais condições de trabalho, com implicações na SH&ST, são tradicionalmente uma prerrogativa da hierarquia da empresa (Crozier e Friedberg, 1977; Bernoux, 1984 e 1985).

Para o sociólogo do trabalho e das organizações, o termo *participação* cobre um conjunto diversificado de procedimentos formais ou informais, instituídos ou criados de modo a permitir aos trabalhadores e/ou seus representantes decidir (ou influenciar o processo de decisão) em todas as matérias relacionadas com as condições de trabalho (Baptista *et al.*, 1985).

Por *condições de trabalho*, deverá entretanto entender-se: (i) tudo o que tem a ver com *o trabalho em si* (os factores *intrínsecos*, associados ao conteúdo e à organização do trabalho); e (ii) tudo o que gira *à volta do trabalhador* (as demais condições materiais e imateriais de trabalho ou factores *extrínsecos*), do ponto de vista da sua incidência, não apenas negativa mas também positiva, na saúde do trabalhador, a nível físico, psicológico, mental e social (Castillo e Prieto, 1983; Castillo, 1990).

#### Caixa II.1 – Participação e novas formas de organização do trabalho

Num estudo sobre NFOT e produtividade e que abrangeu 30 estudos de caso em 12 Estados-membros (incluindo Portugal), o termo NFOT abrangia um leque muito variado de inovações, introduzidas pelas empresas, em sete grandes áreas: (i) novas estruturas organizacionais (unidades de negócio orientadas para o processo; grupos semi-autónomos de produção); (ii) métodos de trabalho mais flexíveis e menos hierárquicos (horários de trabalho mais flexíveis; 'multi-skilling'); (iii) novas culturas de empresa (maior atenção nas pessoas, clientes, serviço, qualidade); (iv) novas práticas de negócio (programas de gestão da qualidade, do ambiente e da SH&ST); (v) crescente investimento em educação e formação (maior participação dos trabalhadores; programas de desenvolvimento pessoal); (vi) novas técnicas de avaliação do desempenho (objectivos e indicadores não-financeiros para as equipas e para os indivíduos); (vii) novos sistemas de remuneração (participação nos lucros e no capital).

No âmbito do relatório, define-se "new forms of ( 'high performance') work organization" como sendo as que são baseadas "on a 'high trust' and 'high skill' organizational model that encompasses extensive employee involvement in operational decision-making".

Fonte – Adapt. de European Commission, Directorate -General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs (1998)

Historicamente, a participação ligada ao trabalho é, de todas, a mais recente, surgindo nos anos 60, no âmbito do programa de *Democracia Industrial* desenvolvido na Noruega e demais países escandinavos, sem esquecer o trabalho pioneiro do Instituto Tavistock, de Londres (Thorsrud, 1975 e 1975a; Ortsman, 1984). Trata-se da participação a (i) nível *micro*, a

participação entendida como grau de autonomia do trabalhador a nível do sistema técnico e organizacional de trabalho, distinta portanto do (ii) nível *macro* (a participação através da elaboração da legislação laboral, da negociação colectiva e da concertação social) e da participação a (iii) nível *mezzo* ou intermédio. Esta última remete para formas institucionalizadas de gestão e administração das empresas (por ex., co-gestão, representação dos trabalhadores no conselho de administração ou noutras estruturas de direcção, comissão de trabalhadores, comissão de empresa europeia), independentemente de existir ou não comparticipação nos lucros (*profit-sharing*) e no capital (*share ownership*), duas formas encontradas, nomeadamente pelas empresas do Reino Unido sob o tatcherismo, para encorajar a identificação dos trabalhadores com a cultura da empresa (Geary, Rees e Sisson, 1995). Vulgarizada na Europa nos anos 90, a participação financeira (ou “democracia económica”) parece ter pouco a ver com as formas e o nível de participação dos trabalhadores (Pendleton et al., 2001 e 2002).

#### 2.5.4. Da cooperação à co-determinação

As diferentes formas de participação dos trabalhadores e seus representantes, a nível do local de trabalho, vão da *cooperação* (ou colaboração) à *co-determinação* (ou co-gestão) (Quadro II.10).

Quadro II.10 - Níveis e formas de participação no trabalho

Cooperação ou colaboração	Co-determinação ou co-gestão
1. Informação	6. Recusa
2. Formação	7. Expressão
3. Consulta	8. Negociação
4. Proposta	9. Veto
5. Protesto	10. Co-decisão
	11. Decisão

Fonte: Graça (1993)

A participação baseada na *cooperação* significa que, no essencial, os trabalhadores e/ou os seus representantes são apenas *informados e/ou consultados*, sendo por isso escassa a sua possibilidade de influenciar, de maneira concreta e efectiva, o sistema técnico e organizacional do trabalho. Pelo contrário, a *co-determinação* pressupõe pôr em causa as prerrogativas da hierarquia e da gestão da empresa, de acordo com a lógica do modelo organizacional clássico, inspirado no taylorismo-fordismo (por ex., separação das funções de planeamento, organização, direcção, controlo e avaliação das funções de produção).

A co-determinação implica, por isso, um nível superior de participação: por exemplo, a *negociação e decisão em conjunto* (trabalhadores e representantes da direcção e/ou administração) ou até mesmo a *decisão por delegação*, o que pressupõe, neste caso, que os trabalhadores e/ou seus representantes são pessoas altamente empenhadas e competentes na matéria (por ex., gestão das actividades desportivas, recreativas e culturais da empresa). Um dos princípios básicos da liderança contingencial é justamente esse: só se pode delegar a quem é *competente e empenhado* (Hersey e Blanchard, 1986).

Seguindo um esquema proposto por P. Blumberg (*Industrial Democracy. The Sociology of Participation*, Londres, 1968), Baptista et al. (1985) estabelecem a correspondência entre cada uma das formas de participação e o *papel* (negativo/positivo, passivo/activo) dos trabalhadores (Quadro II.11).

A *colaboração* (formal) significa que os trabalhadores têm uma possibilidade limitada de influenciar a resolução de problemas e a tomada de decisão. O simples direito à *informação* implica, para os trabalhadores um papel passivo, ao passo que o direito de *contestar decisões* os remeteria para um papel negativo. *Fazer propostas ou sugestões* pressupõe, pelo contrário, um papel positivo, tal como o direito de *ser consultado* previamente, em tempo útil.

Já a *co-gestão* (formal) representa um nível de participação mais elevado, ou seja, os trabalhadores e/ou os seus representantes têm uma maior possibilidade de influenciar as decisões. Tal não quer dizer que o papel dos trabalhadores não possa ser negativo (por ex., no caso do direito de *veto*, se este levar a uma situação de impasse, sem possibilidade de negociação e resolução). O papel activo seria reservado para aquelas situações em que os trabalhadores, em organizações formalmente heterogeridas, têm o direito de *decisão* (ou a responsabilidade principal de decidir) em matérias restritas como, por ex., a gestão de equipamentos sociais ou dos serviços de SH&ST.

Quadro II.11 — Tipos de participação (formal) dos trabalhadores em empresas heterogeridas e natureza do papel dos trabalhadores

Cooperação/colaboração	Papel dos trabalhadores	Co-gestão/controlo	Papel dos trabalhadores
1. Direito de receber informações	Passivo	5. Direito de veto por tempo limitado	Negativo
2. Direito de contestar decisões	Negativo	5.1. A Direcção implementa as decisões	Passivo
3. Direito de fazer sugestões	Positivo	5.2. A Direcção negocia com os trabalhadores	Positivo
4. Direito de ser consultado	Positivo	6. Direito de veto por tempo ilimitado	Negativo
		7. Direito a co-decisão	Positivo
		8. Direito de decisão (em certas matérias)	Activo

Fonte: Adapt. de Baptista et al. (1985: 166)

A participação no trabalho, em geral, e em SH&ST, em particular, pode ser vista como um *continuum* e ser medida numa escala com vários graus de envolvimento na acção (de 1 a 5): 1 (*Nenhum envolvimento*); 2 (*Informação*); 3 (*Consulta*); 4 (*Negociação e decisão em conjunto*); 5 (*Decisão por delegação* ou principal responsabilidade atribuída aos trabalhadores) (Graça, 1993). Um nível superior de decisão (por ex., negociação & decisão em conjunto) é não só desejável como necessário no sistema de gestão da SH&ST (Gardel, 1982; Buitelaar, 1990; Armsbruster, 1994; O'Kelly, 1994; Stanzani, 1994; Cristovam, 1995).

## 2.5.5. Formas de participação

### 2.5.5.1. Formas indirectas e representacionais

O nosso ordenamento jurídico <sup>(1)</sup> prevê a existência de diversas *estruturas de representação colectiva* dos trabalhadores. Mais concretamente, para defesa e prossecução dos seus direitos e interesses, os trabalhadores podem constituir, por exemplo: (i) comissões e subcomissões de trabalhadores; (ii) conselhos de empresa europeus; ou (iii) associações sindicais.

Este tipo de órgãos representativos dos trabalhadores (abreviadamente, ORI) tende a desempenhar uma dupla função: (i) uma função de *representação* dos trabalhadores junto dos órgãos de direcção ou gestão da empresa; e (ii) uma função de *acção sindical* no local de

<sup>1</sup> Esta revisão de literatura é anterior à aprovação, pela Lei n.º 92/2003, de 27 de Agosto de 2003, do Código do Trabalho. Com a entrada em vigor, no próximo dia 1 de Dezembro, deste Código, que veio sistematizar e alterar o essencial da nossa legislação laboral, serão revogados muitos dos diplomas aqui citados. As estruturas de representação colectiva são regulamentadas pelo art. 451º e seguintes do Código do Trabalho.

trabalho. Quanto às funções de representação do pessoal, elas podem assumir diferentes modalidades ou níveis: (i) *informação* (por ex., sobre o sistema de gestão da SH&ST); (ii) *fiscalização* (por ex., sobre o cumprimento das normas legais e convencionais no domínio do trabalho); (iii) *consulta* (por ex., audiência obrigatória, com emissão de parecer prévio, no caso da elaboração do balanço social); (iv) *deliberação* (por ex., gestão dos equipamentos sociais).

Há uma tradição europeia de representação dos trabalhadores no local de trabalho sob a forma de *workers' councils* ou conselhos de empresa que, todavia, não interferem na gestão económico-financeira das empresas. A figura jurídica mais ou menos correspondente, no nosso País, é a *comissão de trabalhadores* (CT) cuja criação está prevista na Constituição da República Portuguesa (art. 54º, n.º 2), como um direito colectivo de participação na gestão da empresa.

#### 2.5.5.1.1. Comissão de Empresa Europeia (CEE)

Através da Directiva 94/45/CE do Conselho, de 22 de Setembro de 1994, foi entretanto criada a figura do *conselho de empresa europeu* (CEE). Trata-se de uma iniciativa que, de resto, já remonta a 1991. O objectivo é “melhorar o direito à informação e consulta dos trabalhadores nas empresas ou grupos de empresas de dimensão comunitária” (art. 1º, n.º 1). Por *empresa de dimensão comunitária* entende-se qualquer empresa que “empregue, pelo menos, mil trabalhadores nos Estados-membros e em pelo menos dois Estados-membros diferentes, um mínimo de 150 trabalhadores em cada um deles” (art. 2º, n.º 1). O CEE tem o direito de se reunir com a direcção central uma vez por ano para ser informado e consultado: (i) sobre a evolução das actividades da empresa ou grupo de empresas de dimensão comunitária; e (ii) sobre as suas perspectivas. Desconhece-se se já há algum CEE a funcionar em Portugal <sup>2</sup>.

#### 2.5.5.1.2. Comissão de trabalhadores (CT)

De acordo com o seu regime jurídico (Lei nº 46/79, de 12 de Setembro de 1979), as CT têm o direito, entre outros, de apresentar aos órgãos de gestão da empresa *sugestões, recomendações ou críticas* tendentes à melhoria da qualidade de vida no trabalho, incluindo as condições de SH&ST (art. 29º) <sup>3</sup>.

O número daquelas que estão activas e a desempenhar plenamente as suas atribuições ter-se-á reduzido consideravelmente nos últimos quinze anos e não deve ultrapassar hoje as escassas centenas, embora continuem registados, na administração do trabalho, os estatutos de mais de 1200 CT. Segundo Dornelas (1999: 48), “de acordo com os registos oficiais, em 1998 existiriam comissões de trabalhadores em 16,4% das empresas com 100 ou mais trabalhadores”. Ou seja, qualquer coisa como *menos de quatro centenas*, já que o número de empresas naquelas condições também não passava das 2.550 (Graça, 2000).

Na prática, a intervenção das CT tem estado limitada a dois tipos de actuação distintos (Veiga, 1995; Fernandes, 1990): (i) a *fiscalização* propriamente dita (incluindo a reclamação) em relação à actividade gestonária da empresa; (ii) a *recomendação*. Em determinadas matérias (por ex., regulamento interno de SH&ST), as CT devem ser ouvidas e emitir parecer prévio (art. 24º da Lei nº 46/79). Trata-se, neste de caso, de um *direito à consulta*.

<sup>2</sup> O art. 471º do Código do Trabalho reconhece esta figura, aguardando-se a saída de legislação complementar.

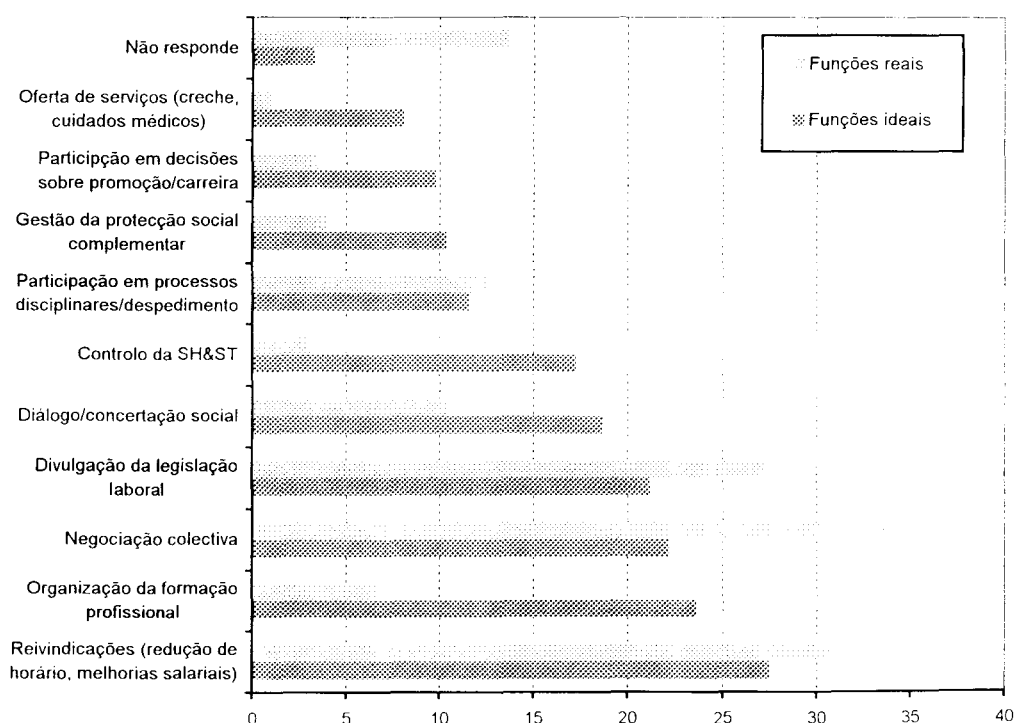
<sup>3</sup> A constituição, estatutos e eleição das comissões e subcomissões de trabalhadores são objecto de regulamentação dos art. 461º e seguintes do Código do Trabalho

Num trabalho socioantropológico sobre as representações sindicais dos trabalhadores (n=500), Ribeiro *et al.* (1994: 48) constataram que as CT eram vistas: (i) como *estruturas ideais de defesa* por 30.9% da amostra; (ii) ligeiramente à frente dos sindicatos (30.7%); (iii) mas dois pontos atrás das associações profissionais (32.9%).

### 2.5.5.5.1.3. Delegado/Comissão sindical

Um outra instância de representação dos trabalhadores são os delegados sindicais e suas comissões (sindicais e intersindicais) <sup>(4)</sup>, com um papel próprio na defesa dos direitos dos trabalhadores e da melhoria das suas condições de trabalho, incluindo as que, directa ou indirectamente, têm implicações na SH&ST.

Figura II.1 – Percepção das funções que os sindicatos deveriam desempenhar e das que efectivamente desempenham, independentemente da situação sindical dos trabalhadores (n=500) (%)



Fonte: Adapt. de Ribeiro *et al.* (1994: 48-49)

O essencial do regime jurídico das associações sindicais baseia-se nos preceitos constantes dos artigos 55º e 56º da Constituição e no D.L. n.º 215-B/75, de 30 de Abril de 1975 <sup>(5)</sup>. A lei é omissa quanto à definição das competências ou atribuições próprias dos delegados e das comissões sindicais, interditando-lhes apenas a competência para negociar acordos de empresa ou outras convenções, em representação dos respectivos sindicatos. Quanto ao papel destes últimos, é interessante observar a clivagem que existe a nível da percepção, por

<sup>4</sup> Estas figuras são regulamentadas pelo art. 498º e seguintes do Código do Trabalho

<sup>5</sup> A ser revogada com a entrada em vigor do novo Código do Trabalho (alínea a) do n.º 2 do art. 21º. As associações sindicais passam a ser reguladas pelos art. 475º e seguintes do Código.



parte dos trabalhadores assalariados inquiridos por Ribeiro *et al.* (1994), das funções que os sindicatos deveriam desempenhar (em termos *ideais*) e das que efectivamente desempenham (funções *reais*). Onde era maior a discrepância entre as funções ideais e as funções reais era justamente na área da intervenção sindical no local de trabalho (controlo e fiscalização da SH&ST, melhoria das condições de trabalho, gestão da formação profissional, regalias sociais, etc.) (*Figura II.1*).

#### 2.5.5.1.4. Representante dos trabalhadores para a área da SH&ST

Na sequência da Directiva-Quadro 89/391/CEE, surgiu em 1991 uma nova figura jurídica, o *representante dos trabalhadores no domínio da SH&ST*, a ser eleita por voto directo e secreto, segundo o princípio da representação pelo método do Hondt, em listas apresentadas pelas organizações sindicais (art. 10º do D.L. n.º 441/91). A figura do *safety representative* está de há muito consagrada na legislação de diversos países (v.g., Suécia). A nível internacional, a Convenção da OIT n.º 155 (*Segurança, Saúde dos Trabalhadores e Ambiente de Trabalho*, 1981), ratificada em 1985 por Portugal consagra, no seu art. 19º, o princípio da participação efectiva e concreta dos trabalhadores e seus representantes no domínio da SH&ST (ILO, 1981).

O número de representantes dos trabalhadores depende, em todo o caso, da dimensão da empresa, sendo o mínimo 1 (empresas com menos de 61 trabalhadores) e o máximo 7 (empresas com mais de 1500 trabalhadores) (n.º 4 do art. 10º do D.L. n.º 441/91) <sup>(6)</sup>. O art. 5º do D.L. n.º 488/99, de 17/11/1999 (que veio aplicar à administração pública os princípios da SH&ST consignados no D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991) é explicitamente dedicado ao “processo de eleição dos representantes dos trabalhadores”.

#### 2.5.5.1.5. Comissão de SH&ST

Caso exista esta estrutura, os representantes dos trabalhadores escolherão, entre si, os respectivos membros (art. 11º do D.L. n.º 441/91), com respeito pelo princípio da proporcionalidade. As *comissões de higiene e segurança no trabalho* (sic), de composição paritária, não estão regulamentadas, sendo geralmente criadas por via da contratação colectiva ou por iniciativa patronal <sup>(7)</sup>. O seu alcance tem sido limitado às questões mais tradicionais da prevenção dos riscos profissionais (v.g., informação e consulta em matérias específicas como o plano e o manual de segurança, sistema de sinalização de SH&ST, prestação de primeiros socorros).

No caso da função pública, o D.L. n.º 488/99 é semântica e conceptualmente mais inovador, chamando a esta estrutura *comissão de segurança e saúde no trabalho* (art. 6º) (abreviadamente, CS&ST). As CS&ST (i) são órgãos de composição paritária; (ii) visam a consulta e cooperação regular e periódica, nomeadamente em matéria de (iii) informação e formação dos trabalhadores e de (iv) prevenção dos riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho (sic). De acordo com o disposto no art. 7º do supracitado diploma, as CS&ST na função pública têm, em princípio, um papel proactivo, competindo-lhe nomeadamente: (i) obter informação relativa às condições de trabalho; (ii) realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança e saúde e avaliação das medidas de prevenção adoptadas; (iii) propor medidas com vista à melhoria das condições de trabalho; (iv) participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais; (v) analisar os processos relativos aos acidentes de trabalho e doenças

<sup>(6)</sup> Esta figura é regulamentada pelo art. 277º do Código do Trabalho.

<sup>(7)</sup> O Código do Trabalho não reconhece explicitamente esta figura jurídica.

profissionais; e, *last but not the least*, (vi) emitir parecer sobre a programação anual dos serviços de segurança e saúde no trabalho.

#### **2.5.5.1.6. Participação representacional: um balanço por fazer**

O balanço da experiência de intervenção das CT está por fazer, na ausência de trabalhos de investigação sociológica e histórica sobre este domínio. Também não existe ainda a suficiente distância crítica em relação ao período do pós-25 de Abril de 1974. Apesar do baixo nível de conflitualidade laboral no nosso país (as baixas por doença são mais de 250 vezes superiores às greves em número de dias perdidos!), ainda há muitos *part-pris* de natureza ideológica em relação ao papel das estruturas de representação colectiva dos trabalhadores (vd., por ex., Cerdeira e Padilha, 1988; Mónica, 1990; Veiga, 1995; Freire, 1995).

#### **2.5.5.2. Formas directas ou não-representacionais**

##### **2.5.5.2.1. Processos de consulta e de delegação**

Exemplos das formas directas ou não-representacionais podem ser os grupos semi-autónomos de produção, os programas de sugestões, os círculos de qualidade ou os grupos de discussão e de projecto no âmbito da gestão da qualidade total (em inglês, *TQM – Total Quality Management*) (Creech, 1998); mas também as reuniões com a direcção ou com as chefias directas, os *briefing groups* (reuniões regulares, face a face, entre trabalhadores e chefias), os *workshop circles*, os *learning circles*, os círculos de segurança (*safety circles*), os círculos de saúde (*health circles*) ou as *safety talks* (Cristovam, 1989; Russell, 1991; Johannes, 1993; Geary, 1996; Schröer e Sochert, s/d; Graça, 1999a). Poder-se-á ainda incluir os boletins/jornais de empresa, o e-mail, a intranet e outras formas de comunicação e participação no local de trabalho (Moreira, 2001).

No âmbito do projecto EPOC (*Employee Direct Participation in Organisational Change*), a participação directa foi definida em termos de oportunidades ou iniciativas, de origem patronal ou com apoio patronal, tendo em vista: (i) a consulta dos trabalhadores, a nível individual ou grupal; e/ou (ii) a delegação de responsabilidades e de autoridade para a resolução de problemas e a tomada de decisão, também a nível individual ou grupal (Geary e Sisson, 1994). A consulta e a delegação limitam-se, no entanto, à gestão operacional, ou seja, ao conteúdo, organização e demais condições de trabalho.

No caso português, terá havido a partir dos anos 80 "um aumento significativo" (sic) de iniciativas patronais em que a participação assumia aspectos menos formais, como era o caso dos círculos de qualidade ou dos programas de sugestões. Para além de (i) aumentar a motivação e a satisfação dos trabalhadores, estas iniciativas pretendiam (ii) desenvolver a autonomia no local de trabalho, (iii) destinando-se, "simultaneamente, a pôr em comum a experiência e o saber-fazer dos trabalhadores no sentido de melhorar a qualidade e a produtividade da empresa" (Cristovam, 1989).

Em muitos casos, tornou-se num movimento de moda, passageiro, inconsistente, quase sempre alimentado pelas empresas, tanto nacionais como estrangeiras, de consultadoria em gestão e à partida condenado ao fracasso, já que não se não quis ou não se soube mudar a organização do trabalho; nalguns casos de *transplants* (japonização das fábricas ocidentais),

terá havido inclusive uma degradação das condições de trabalho e do sistema de relações colectivas de trabalho (Wood, 1991; Bonazzi, 1993; Kovács, 1994).

#### **2.5.5.2.2. Os círculos de qualidade**

Originários do Japão, os círculos de qualidade tiveram um extraordinário crescimento na década de 1980, nos países ocidentais, e nomeadamente nas multinacionais dos EUA, França, Alemanha e Inglaterra (Freire, 1995; Creech, 1998). Criados no início década de 1960 por K. Ishikawa (1915-1989), os círculos de qualidade são a síntese, nipónica, de várias metodologias já em uso nos EUA: por ex., (i) o controlo estatístico da qualidade; (ii) a dinâmica de grupos; e (iii) a tomada de decisão e resolução de problemas. No entanto, hoje parece estarem em declínio no Ocidente. E também nunca foram orientados para a gestão da SH&ST, com excepção talvez da Alemanha, onde a experiência dos círculos de qualidade deu origem a formas originais como os círculos de segurança no trabalho e os círculos de saúde no trabalho.

#### **2.5.5.2.3. Os programas de sugestões**

Os programas de sugestões, por sua vez, têm uma larga implantação em países como a Alemanha – ou em multinacionais de origem alemã, a operar em Portugal (Graça, 1999c) – mas são também uma pretensa originalidade nipónica, e tal como os círculos de qualidade inserem-se no processo de melhoria contínua (*kaizen*) do processo de produção.

Estes programas “destinam-se a recolher ideias criadoras no trabalho que possam contribuir para a redução de custos, poupança de tempo, melhoria da qualidade dos produtos, condições de trabalho, higiene e segurança” (Cristovam, 1989: 81). Trata-se de uma ideia simples, fácil de implementar na empresa ou estabelecimento, e que permite aos colaboradores exprimir, por escrito, as suas ideias ou propostas para a melhoria de produção, para o aperfeiçoamento de um produto ou para a resolução de um problema concreto, desde que ligado ao sistema técnico e organizacional de trabalho.

Para além da redução de custos, há também uma aposta na iniciativa e na criatividade dos trabalhadores, um aproveitamento da sua experiência e do seu saber, uma tentativa de melhorar a comunicação e, por fim, uma clara preocupação em desenvolver o sentido de pertença à empresa e reforçar a *cultura identitária*. As sugestões apresentadas pelos trabalhadores, individualmente ou em grupo, são avaliadas pela direcção da empresa ou estabelecimento e, no caso de serem aceites (em função de critérios como a aplicabilidade, a originalidade, a pertinência ou o custo/benefício), dão lugar a uma recompensa com expressão monetária. As suas potencialidades não tem sido, porém, devidamente exploradas no domínio da SH&ST.

Outras formas de participação directa foram ensaiadas no âmbito de metodologias de participação como o *TQM – Total Quality Management* ou como os grupos de diagnóstico e melhoria (Creech, 1998; Graça, 1999c).

#### **2.5.5.2.4. Círculos de saúde e segurança no trabalho**

Uma das originalidades alemãs em matéria de novas formas de participação (directa) dos trabalhadores são os *Betriebliche Gesundheitszirkel*, os círculos de saúde no trabalho (CST) (Kuhn, 1992; Johannes, 1993; Schröer e Sochert, s/d). Em Portugal, só começaram a ser

divulgados em finais da década de 1990, através da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (Graça, 2002a).

No seguimento da introdução, com sucesso, dos círculos de qualidade (*Qualitätszirkel*), alargou-se o campo de problemas a que eles estavam originalmente confinados (v.g., melhoria da qualidade dos produtos, melhoria dos procedimentos de fabrico, redução de custos, aumento da produtividade), de modo a incluir também as preocupações com a humanização do trabalho ou o desenvolvimento pessoal e organizacional. Os *círculos de saúde no trabalho* (CST) são grupos de resolução de problemas no domínio da saúde no trabalho, com um alcance mais vasto do que os *círculos de segurança*.

#### 2.5.5.2.4.1. Círculos de segurança no trabalho

Trata-se de grupos de resolução de problemas que visam a segurança no trabalho, e que se constituem sobretudo em empresas com elevadas taxas de frequência e/ou gravidade de acidentes de trabalho. Não pretendem substituir a comissão SH&ST, que é uma estrutura formal, instituída na empresa, nem usurpar as funções que competem ao engenheiro de segurança e demais profissionais de SH&ST.

Basicamente, um círculo de segurança tem as seguintes características: (i) é um grupo de natureza consultiva, com duração limitada (aproximadamente 10 sessões); (ii) visa um sector de trabalho específico, reunindo os colaboradores desse sector; (iii) ou visa um problema específico (e, nesse caso, reunindo participantes de diversos níveis hierárquicos); (iv) tem como fim discutir problemas de segurança relativos, de um modo geral, ao posto de trabalho; (v) as soluções encontradas são implementadas por iniciativa do círculo ou são entregues aos serviços competentes para ulterior estudo, desenvolvimento e implementação; (vi) a animação está a cargo do superior hierárquico imediato dos participantes; (vii) um especialista de segurança desempenha o papel de co-animador e de formador.

Este tipo de grupos baseia-se na concepção dos círculos de qualidade. Nalgumas empresas este tipo de círculo dá lugar a reuniões ou conferências de segurança, sob a direcção de um animador (Schröer e Sochert, s/d).

#### 2.5.5.2.4.2. Círculos de saúde no trabalho (CST)

Os CST desenvolveram-se no final dos anos 80, a partir de dos modelos teóricos, o de Berlim e o de Düsseldorf (Beermann *et al.*, 1999).

O *modelo de Berlim*, mais radical, é sobretudo orientado para a gestão do stress e de outros riscos de natureza psicossocial. Foi desenvolvido pela Escola Técnica de Berlim e pela Volkswagen (Kuhn, 1992). Trata-se, pois, de um grupo: (i) com um número limitado de participantes (10 a 15); (ii) que fazem parte de um mesmo nível organizacional; (iii) com duração limitada, reúne-se 8 a 12 vezes durante o seu período de vida; (iv) sob a direcção de um animador externo; (v) com o objectivo de identificar as situações de risco psicossocial no trabalho, de trocar as suas experiências e de desenvolver e experimentar novas estratégias para lidar com o stress de maneira mais positiva, saudável e produtiva, incluindo medidas de prevenção e protecção a nível técnico, organizacional e individual.

Desenvolvido pelo Instituto Médico-Social da Universidade de Düsseldorf, sob a direcção do Prof. Von Ferber, o *modelo de Düsseldorf* pretende ser mais abrangente e mais consentâneo com a tradição de co-gestão alemã, estabelecendo uma ligação sistemática dos

conhecimentos práticos dos trabalhadores com o saber dos especialistas em medicina do trabalho, segurança e ergonomia, e pondo o acento tónico na prevenção das doenças crónicas, relacionadas com o trabalho, tais como as lesões musculoesqueléticas ou as queixas do aparelho digestivo. Pode ser definido nestes termos: (i) um grupo misto, reunindo assalariados, chefias directas e representantes dos trabalhadores, além do engenheiro de segurança, do médico do trabalho e do chefe de secção; (ii) o número de elementos é limitado e os assalariados que participam são eleitos pelos seus pares; (iii) reúne-se a intervalos regulares, podendo o número de sessões andar entre as 8 e as 10 no tempo de vida útil do grupo; (iv) sob a direcção de um animador qualificado, em princípio externo à empresa; (v) o grupo propõe-se estudar a fundo todos os riscos para a saúde, tendo como referência a situação de trabalho dos assalariados presentes.

O modelo de Düsseldorf teve mais sucesso do que o de Berlim, e está hoje implementado numa grande diversidade de sectores e ramos de actividade, desde a indústria metalúrgica e automóvel até aos transportes públicos, o comércio e os hospitais públicos. Na prática os dois modelos têm vindo a aproximar-se e a fundir-se, dando origem a um terceiro modelo, a que podemos chamar o modelo BKK, já que foi adoptado e promovido pela BKK Bundesverband (em inglês, *Federal Association of Company Health Insurance Funds*). O seu sucesso, no âmbito de projectos de prevenção de (e combate contra) o stresse, tem vindo ultimamente a ser posto em evidência (Beermann *et al.*, 1999; Kompier e Cooper, 1999a).

#### 2.5.6. Como participar ? Directa ou indirectamente ? Ou quanto, quando e porquê ?

Há uma certa tendência para ver os dois tipos de participação (directa e indirecta) em termos disjuntivos, e não como um *continuum*, no qual ambas as formas podem perfeitamente coexistir, sendo a sua adequação e eficácia vistas em termos contingenciais: nalguns casos, são mais adequadas e eficazes as formas indirectas; noutros, podem e devem ser usadas também as formas directas. Os argumentos a favor ou contra, implícitos ou explícitos, são conhecidos e decorrem em grande parte da própria atitude de cada uma das partes (representantes dos trabalhadores e dos empregadores).

Entre nós, os sindicatos e os trabalhadores sindicalizados tendiam, tradicionalmente, a manifestar uma clara preferência pelas formas de participação indirectas ou representacionais, já que a sua lógica se baseia na percepção de conflitos de interesse, potenciais ou reais, entre ambas as partes (os trabalhadores e os empregadores ou seus representantes) (Martinet, s/d; Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1980; Cerdeira e Padilha, 1988; Carrieri, 1995; Regalia, 1995; Cerdeira, 1997).

A par disso, há uma desconfiança atávica em relação às intenções da gestão quando esta pretende envolver directamente os trabalhadores em mudanças técnicas e organizacionais, como, por ex., a gestão da qualidade total numa multinacional (Graça, 1999c). Também não se pode pôr de lado, como hipótese explicativa da atitude dos sindicatos, o receio de perda de influência ou de controlo sobre fontes de incerteza pertinentes para a empresa e que, deste modo, constituem um trunfo para os representantes dos trabalhadores, aumentando a sua margem de liberdade em termos de negociação (Crozier e Friedberg, 1977; UGT, 1987; Regalia e Gill, 1995; Regalia, 1997).

Em contrapartida, as formas de participação directa (ou não-representacional) parecem colher os favores de uma geração mais jovem de empregadores, de gestores, de quadros técnicos e de trabalhadores mais escolarizados, sobretudo daqueles que (i) tendem a desvalorizar o tradicional papel dos sindicatos como forma organizada de defesa dos

interesses e direitos dos assalariados; ou (ii) trabalham em empresas, nomeadamente nacionais, em que o envolvimento do pessoal, a nível da organização do trabalho e da gestão operacional, é essencial, na perspectiva da melhoria da qualidade, produtividade e competitividade.

No caso das profissões de saúde, e nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, não só é possível como é desejável a organização do trabalho em equipa: a Sub-Região de Saúde de Beja foi, no final dos anos 80 e início dos anos 90, um campo interessante de experimentação neste domínio, tendo-se tornado inclusive um polo de irradiação de exemplos de boas práticas e de modelos organizativos (Durval et al., 1989; Graça, 1992; Silva, 1997 e 2001).

O debate, que continua a ser teórico-ideológico, sobre as formas indirectas *versus* formas directas de participação, deve ser reequacionado: assim, o problema hoje em dia não é tanto o de saber *como* participar mas sobretudo *quanto, porquê e quando* participar. Questões como a qualidade, relevantes para a competitividade (e, por essa via, para a empregabilidade) não podem ser vistas como aspectos isolados da gestão de uma empresa, tal como ficou demonstrado em diversos estudos de caso europeus ao longo da década de 1990 em que a participação, directa ou indirecta, dos trabalhadores em todo o processo de produção, e não apenas em algumas fases, foi apontada como um factor-chave do sucesso organizacional (Fröhlich e Pekruhl, 1996; Geary, 1996; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Os sociólogos do trabalho e das organizações alertam, no entanto, para o risco de a participação se tornar uma simples bandeira da “ideologia da competitividade” (Kovács, 1994:12): com a *japonização* dos sistemas de produção e de trabalho, nos finais dos anos oitenta e princípios dos anos 90, houve uma tendência para acabar com as formas de participação indirecta ou representativa, apostando nas formas de participação directa que muitas (i) não passariam de “uma participação dependente (Touraine) ou participação-brinde (Crozier)” e que, em última análise, (ii) visariam apenas “a redução dos conflitos, a integração e o aumento da produtividade” (Kovács, 1994: 17).

Para os sindicatos, as *transformações tecnológicas e organizacionais* por que estão a passar as empresas, com a consequente alteração das características sociodemográficas dos seus trabalhadores (por ex., desaparecimento gradual dos *blue-collar workers*, criados pelo taylorismo-fordismo, e base sociológica do sindicalismo de massa) continuam a levantar vários desafios. Citando Kovács (1989a: 60), as novas tecnologias de informação podem constituir “uma oportunidade para o desenvolvimento social das empresas e, por conseguinte, para a implementação da participação”. Para se tirar partido dessas potencialidades, há que adoptar uma abordagem antropocêntrica e optar por uma organização flexível e participativa (*Caixa II.2*). Acontece que a orientação dominante tem sido a tecnocêntrica (Moniz, 1989 e 1989a; Kovács, 1989; Castillo, 1990; Rodrigues, 1991; Kovács *et al.*, 1994; Moniz, 2002), reflectindo o fetichismo da técnica, a crença no determinismo tecnológico, típica de sociedades menos desenvolvidas.

Neste contexto, seria de esperar que os representantes dos trabalhadores tivessem um papel activo na defesa de uma abordagem alternativa, *antropocêntrica*, da introdução de novas tecnologias e participassem (ou fomentassem a participação dos trabalhadores) na definição das estratégias de modernização das empresas. Contudo, a posição dos sindicatos portugueses tem sido ambígua (UGT, 1987; Kovács, 1989). Além disso, as conjunturas de crise não favorecem a agenda de discussão dos parceiros sociais.

**Caixa II.2 – Sistema antropocêntrico de produção**

De acordo com Kovács *et al.* (1994: 56), um *sistema antropocêntrico de produção* (SAP) pode ser definido “como uma organização descentralizada de tecnologias avançadas e de recursos humanos qualificados em que no nível operacional se controlam a tecnologia e a organização do trabalho”.

Por oposição ao taylorismo, os princípios do SAP baseiam-se fundamentalmente no seguinte: (i) estrutura simples, com níveis hierárquicos reduzidos e descentralização de responsabilidade para as unidades de trabalho; (ii) descentralização da informação, decisão e controlo; (iii) integração da concepção e da execução do trabalho; (iv) trabalho qualificado e qualificante, alargado e enriquecido a nível horizontal e vertical; (v) trabalho realizado por equipas; (vi) cooperação entre os quadros superiores e intermédios (engenheiros e outros técnicos) e os operadores; (vii) cooperação entre o nível operacional e o departamento, serviço ou gabinete de projecto.

Fonte : Graça (2002a)

Analisando as mudanças organizacionais e tecnológicas operadas em Portugal nas duas décadas de 1970 e 1980, Moniz (1989 e 19989a) concluiu que eram ainda escassas as experiências realizadas, possibilitando a participação dos trabalhadores e dos seus representantes por via da inovação técnica e organizacional. Num inquérito sociológico que envolveu um universo de 198 empresas (correspondendo a 290 unidades industriais e a uma população de mais de 115 mil trabalhadores), constatou-se que os objectivos a médio prazo dos seus responsáveis eram o (i) *aumento da produtividade* (73%), seguido da (ii) *melhoria do nível tecnológico* (48%), do (iii) *crescimento equilibrado* (47%) e, em último lugar, da (iv) *melhoria das condições de trabalho* (35%).

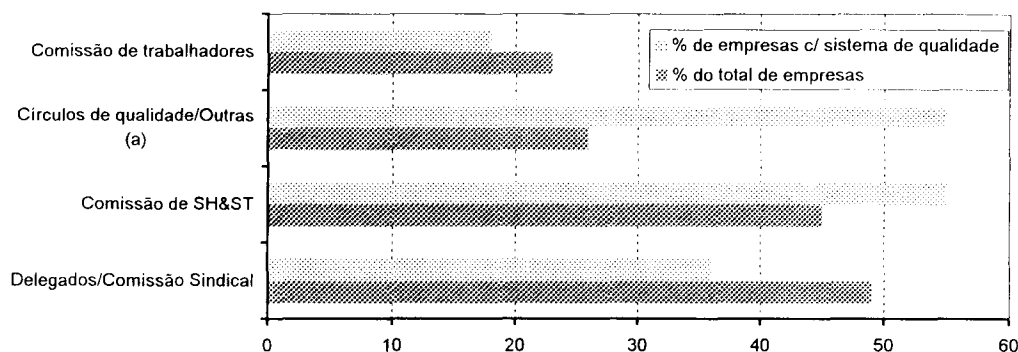
Interrogadas sobre novas formas de organização do trabalho a implementar, as empresas portuguesas tendiam a optar por processos mais convencionais de participação dos trabalhadores: (i) círculos de qualidade (41%); (ii) comissões (paritárias) de higiene e segurança no trabalho (34%); (iii) enriquecimento de tarefas (ou *job enrichment*) (33%); (iv) mudança de posto de trabalho (ou *job rotation*) (27%); (v) equipas semi-autónomas de trabalho (17%).

Num outro estudo que envolveu uma amostra de 111 empresas (Kovács *et al.*, 1992), chegou-se às seguintes conclusões: (i) só uma em cada cinco empresas se afastava da lógica da organização tayloriana do trabalho, tendo as suas equipas de trabalho autonomia para planear, executar e avaliar as suas tarefas; (ii) em 45% ou mais das empresas havia delegados/comissões sindicais e/ou comissões de SH&ST; (iii) as empresas com círculos de qualidade e outras formas directas eram 26%, mas dessas pouco mais de metade tinham sistemas de qualidade. Em resumo, a existência de formas de participação directa era mais provável nas empresas que (i) utilizavam tecnologias avançadas e (ii) estavam a “desenvolver sistemas de qualidade numa perspectiva da qualidade total” (Kovács, 1994: 25).

A partir de estudos de casos (que incidiram em cerca de 20 empresas da indústria metalúrgica e metalomecânica, na sua maioria PMI), Kovács (1989a) concluiu que a introdução de novas tecnologias, no nosso país, tendia a ser feita à margem dos próprios trabalhadores e dos seus representantes. O procedimento típico seria o seguinte: (i) com base na prospecção feita nas feiras internacionais, a direcção da empresa tomava a decisão da aquisição de uma nova máquina ou equipamento; (ii) dispensavam-se os estudos preliminares complexos sobre as

humanos, a *ergonomia* ou a *SH&ST* (iii) eram poucas as preocupações com a informação, formação e sensibilização dos trabalhadores os quais eram confrontados com a política do facto consumado; (iv) os únicos que eram consultados e/ou envolvidos nas mudanças a introduzir, eram os quadros e, nalguns casos, os futuros operadores das máquinas ou equipamentos.

Figura II.2 – Principais formas de participação dos trabalhadores, em % do total das empresas (n=111) e em % das empresas com sistema de qualidade



(a) Outras formas de participação directa: círculos de animação, grupos operacionais

Fonte: Kovács *et al.* (1992), cit. por Kovács (1994 e 2000)

### 2.5.7. A participação directa e mudança organizacional

Ainda no âmbito do projecto EPOC (*Employee Direct Participation in Organizational Change*), foi realizado, no último trimestre de 1996 um inquérito por questionário postal a uma amostra representativa das empresas de dez Estados-membros, incluindo o sector dos serviços (57%), a indústria (36%) e a construção (7%). A análise dos resultados permitiu pela primeira vez, ter-se uma visão global da implementação das formas de participação directa bem como dos seus efeitos a nível da UE (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Distinguiram-se duas formas de participação directa no local de trabalho e no grupo ocupacional mais representativo: (i) a *participação por consulta* (“consultive participation”), em que a gestão encoraja os colaboradores, sem responsabilidades de gestão, a manifestarem, individualmente ou em grupo, os seus pontos de vista sobre assuntos relacionados com o trabalho, embora com reserva do direito de os aceitar ou rejeitar; e (ii) a *participação por delegação* (“delegative participation”), em que a gestão atribui aos colaboradores, sem responsabilidades de gestão, uma responsabilidade acrescida para, individualmente ou em grupo, organizarem e fazerem o seu trabalho de maneira autónoma, sem terem que reportar ao superior imediato.

A *participação directa*, ou seja, a consulta e a delegação a nível individual e/ou a nível grupal, pode assumir seis formas diferentes: consulta individual (i) face a face (CI1); ou (ii) à distância (*at arm's length*) (CI2); consulta grupal, baseada em (iii) grupos temporários ou *ad hoc* (CG1); ou em (iv) grupos permanentes (CG2); e, por fim, delegação (v) individual (DI); ou (vi) grupal (DG).



Apenas 4% das empresas inquiridas usavam todas estas seis formas de participação directa. Quatro em cada cinco respondentes recorriam, pelo menos, a uma dessas formas (82%). A Holanda e a Suécia destacavam-se, neste conjunto de 10 países, como sendo aqueles onde era mais elevada a proporção de empresas com uma ou mais formas de participação directa: 90% e 89%, respectivamente. Notoriamente abaixo da média (82%), encontravam-se apenas Portugal (61%) e a Espanha (65%). Dos países geográfica, cultural e historicamente mais próximos do nosso, destacava-se a França, com o terceiro mais alto nível de participação directa (87%), posição explicável pelo impacto das Leis Auroux que nos anos 80 vieram instituir os grupos de expressão (Sechaud, 1994).

Quando comparadas com as restantes, as empresas portuguesas eram as que estavam em pior posição relativamente ao nível de utilização da *consulta individual à distância* (18%), da *consulta a grupos temporários* (20%) e sobretudo da *delegação individual* (26%). As empresas suecas, pelo contrário, eram as que apresentavam maior proporção de formas de participação baseadas na delegação, quer individual (69%) quer grupal (56%).

Outras conclusões do estudo são interessantes para se compreender a relação entre a participação e certas características organizacionais. Mais concretamente, a participação directa era independente da dimensão (ou volume de emprego). Em contrapartida, era mais provável nos locais de trabalho com determinadas características sociodemográficas ou técnico-organizacionais, tais como: (i) predomínio de profissões ou ocupações não-manuais (*white collars*); (ii) complexidade das tarefas; (iii) organização do trabalho baseada em equipas; ou (iv) operadores qualificados e com formação contínua. Por fim, havia uma maior proporção de formas de participação directa nos serviços (e em especial nos serviços públicos) do que na indústria ou na construção.

Deverá acrescentar-se, contudo, que no conjunto da amostra de empresas dos dez Estados-membros era reduzido o leque de questões sobre as quais os trabalhadores eram consultados ou tinham poder de decisão, por delegação. Quanto aos efeitos resultantes da utilização de múltiplas formas de participação directa, alguns eram *positivos* (v.g., melhoria da qualidade, redução do tempo do processamento da informação, redução de custos, aumento da produção, decréscimo do absentismo em geral e absentismo devido a baixa por doença) enquanto outros eram *negativos* (v.g., redução de efectivos, incluindo chefias directas e outro pessoal de gestão operacional).

O estudo da Fundação Europeia também nos deu informação útil quanto à proporção de locais de trabalho com formas de participação indirecta ou representacional: por exemplo, (i) a Suécia surgia com a mais alta proporção de locais de trabalho que tinham estruturas de representação dos trabalhadores (92%), e (ii) em que estava generalizada a representação sindical (85%); em contrapartida, (iii) apenas um terço dos locais de trabalho portugueses tinham representantes dos trabalhadores. Aliás, a não existência de representantes dos trabalhadores (e nomeadamente de delegado sindical) seria uma das razões principais do fenómeno da dessindicalização em Portugal no início dos anos 90 (Stoleroff e Naumann, 1993; Ribeiro *et al.*, 1994; Cerdeira, 1997).

A Suécia, juntamente com outro país nórdico, a Dinamarca, também tinha o nível mais alto de envolvimento dos representantes do pessoal no próprio processo de introdução das formas directas de participação. Portugal era, pelo contrário, aquele dos dez países com o mais baixo índice de envolvimento. Em 44% das empresas portuguesas que introduziram processos de participação directa, não houve sequer *nenhum envolvimento*; em 15% dos casos foi dada *informação alargada* e/ou houve *consulta limitada*; só em 19% das empresas terá havido

processos de *consulta alargada* e, em claro contraste com a Suécia, apenas 14% dos gestores portugueses declararam que nas suas empresas as referidas inovações organizacionais tinham sido amplamente *negociadas e decididas em conjunto*.

## 2.5.8. Principais direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST

O actual regime jurídico da SH&ST reconhece explicitamente o direito à participação dos trabalhadores e seus representantes, sob a forma de certos direitos, individuais e colectivos, que irão ser aqui sucintamente explicitados <sup>(8)</sup>.

### 2.5.8.1. Direito à informação

Tanto os trabalhadores como os seus representantes a nível da empresa ou estabelecimento devem dispor de informação actualizada no domínio da SH&ST (n.º 1 do art. 9º do D.L. n.º 441/91). E, mais concretamente, informação sobre os riscos profissionais a que eventualmente estejam (ou que possam vir a estar) expostos bem como as medidas de prevenção e protecção, adoptadas ou a adoptar pelo empregador. Esta informação tem de ser obrigatoriamente proporcionada aos trabalhadores, individual ou colectivamente, sempre que se verifiquem determinadas circunstâncias, implicando alteração da sua situação de trabalho, resultante de inovação tecnológica, mudança organizacional, reconversão profissional, promoção ou mudança de categoria, deslocação temporária para outro posto de trabalho, rotação, reestruturação do posto de trabalho, etc. (nº 2 do supracitado art. 9º).

A informação em SH&ST deve servir para conhecer e agir, e em última análise para permitir aos trabalhadores exercer, individual ou colectivamente: um maior grau de controlo sobre o seu próprio trabalho ou situação de trabalho (o conteúdo, a organização e as demais condições técnicas e sociais de trabalho); e um maior grau de influência no processo de negociação e decisão a nível da melhoria das suas condições de vida no trabalho, de modo a: (i) prevenir os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e as demais doenças relacionadas com (ou agravadas pelo) trabalho; (ii) proteger a sua saúde; e (iii) promover o seu bem-estar físico, mental e social. Nesta perspectiva, o direito à informação não pode ser, taxativamente, limitado ao corpo da lei, tanto mais que a informação nas organizações é (e será) sempre um recurso organizacional e político, precioso, limitado e escasso; nessa medida, é uma fonte de poder e, em última análise, uma causa de conflito potencial (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995).

De qualquer modo, o direito à informação decorre do princípio geral que obriga o empregador a assegurar aos trabalhadores condições de SH&ST em todos os aspectos relacionados com o trabalho, de acordo com o disposto no n.º 1 do art. 8º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991 <sup>(9)</sup>. Mas resulta também das próprias obrigações do trabalhador (art. 15º), nomeadamente as de intervir e de cooperar na defesa da sua saúde e segurança no trabalho, bem como de zelar pela saúde e segurança de todos os outros. Nessa medida, o direito à informação em matéria de SH&ST é também, subsidiariamente: (i) um *direito de fiscalização e reclamação*, em relação às obrigações gerais do empregador (prevenir os riscos e proteger a saúde dos trabalhadores); e (ii) um *direito ao conhecimento* de modo a possibilitar, ao(s) trabalhador(es), a identificação e avaliação dos riscos profissionais e, conseqüentemente, a adopção de medidas de prevenção e protecção (Oddone, 1984; Starrin e Lundberg, 1991; Hugentobler *et al*, 1992).

---

<sup>8</sup> Vd. em especial o art. 275º do novo Código do Trabalho, que vai entrar em vigor em 1 de Dezembro de 2003.

<sup>9</sup> Princípio geral consagrado, de resto, no art. 272º do Código do Trabalho.

### 2.5.8.2. Direito à formação

De acordo com o art. 12º do D.L. n.º 441/91, o trabalhador deve receber uma formação adequada e suficiente no domínio da SH&ST, tendo em conta a sua qualificação, a sua responsabilidade, as suas funções e as características do seu posto de trabalho. Essa formação deve ser assegurada de modo a habilitá-lo a lidar com as diferentes situações de mudança que podem implicar um risco acrescido para a saúde e a segurança do próprio e/ou de outrem <sup>(10)</sup>.

### 2.5.8.3. Direito de representação

Um terceiro direito reconhecido aos trabalhadores portugueses é o de eleger um ou mais delegados para exercer funções de representação em matéria de SH&ST <sup>(11)</sup>. Esta figura, de resto já consagrada na Convenção da OIT n.º 135 (*Workers' Representatives Convention*, 1971) (ILO, 1971), é distinta da comissão de trabalhadores enquanto direito colectivo de participação na gestão da empresa, consagrado na Constituição da República Portuguesa

O legislador não definiu as competências específicas do representante dos trabalhadores em matéria de SH&ST. Na interpretação do IDICT o papel dos representantes dos trabalhadores seria sobretudo o de: (i) interpretar e acompanhar a informação sobre SH&ST que é fornecida aos trabalhadores; (ii) pronunciar-se sobre as políticas, programas e actividades no domínio da S&ST; (iii) apresentar propostas de modo a minimizar qualquer risco profissional. Contrariamente à figura tradicional do delegado sindical, o representante dos trabalhadores em matéria de SH&ST teria assim um papel mais propositivo do que reivindicativo (Portugal. IDICT, 1999).

Reflectindo as posições dominantes do sindicalismo europeu, a UGT defende um papel mais alargado e interventivo dos representantes dos trabalhadores para a SH&ST, cabendo-lhes nomeadamente “o direito e o dever de representar os interesses das comunidades de trabalho em matérias tão diversas como a organização do trabalho e do tempo de trabalho, prevenção dos riscos profissionais, recuperação e reintegração das vítimas de acidentes ou doenças profissionais” (UGT, 1995: 31-32)

Comparando-se os direitos e as garantias mínimas contidas na Directiva 89/391/CEE e no D.L. n.º 441/91, verifica-se que alguns direitos ainda não estão consagrados na nossa legislação ou não foram explicitados pelo legislador: é o caso, por ex., do (i) direito de *inspeccionar o local de trabalho*, (ii) o direito de *investigar eventuais queixas dos trabalhadores* relacionadas com a SH&ST, ou (iii) o direito de *apelar à autoridade competente* em matéria de SH&ST quando as medidas tomadas e os meios fornecidos pela entidade patronal não forem julgados adequados e suficientes para garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores. Tais direitos são reconhecidos em países como a Suécia (Navarro, 1983). Trata-se, em todo o caso, de requisitos mínimos essenciais para uma efectiva e concreta participação no domínio da SH&ST e que deveriam estar implementados, *de jure e de facto*, a partir de 1993 em todos os Estados-membros (Walters *et al.*, 1993; Walters, 1994).

<sup>10</sup> O n.º 2 do art. 278º do Código do Trabalho fala inclusive em “formação permanente para o exercício das respectivas funções”, no caso dos trabalhadores e seus representantes designados para ocuparem uma ou mais actividades de SH&ST.

<sup>11</sup> Figura igualmente consagrada no Código do Trabalho (art. 277º).

#### 2.5.8.4. Direito de consulta

Os representantes dos trabalhadores ou, na sua falta, os próprios trabalhadores, devem ser consultados sobre um leque variado de matérias que vão desde as medidas de prevenção e protecção a adoptar pelo empregador até os programas de formação no domínio da SH&ST. A lei é omissa quanto à natureza da consulta, isto é, se nos casos previstos no n.º 3 do art. 9º do D.L. n.º 441/91, é obrigatório o parecer prévio dos representantes dos trabalhadores e com que efeitos práticos <sup>(12)</sup>.

O processo consultivo pode (e deve) ser extensivo a outras actividades mais directamente ligadas ao sistema de gestão da SH&ST: por exemplo, a própria elaboração do relatório de actividade do(s) serviço(s) de SH&ST, cuja versão final deveria ser submetida, no mínimo, à apreciação dos representantes dos trabalhadores, à semelhança do que acontece com o balanço social.

Na prática, o direito à consulta significa que o empregador: (i) partilha um dado problema de SH&ST com os representantes dos trabalhadores, individualmente (*variante I*) ou em grupo (*variante II*), ouve as suas ideias, críticas ou sugestões, e depois toma uma decisão ou resolve o problema; (ii) mas a decisão tomada ou a solução encontrada pode ou não reflectir a influência, individual ou grupal, dos representantes dos trabalhadores (Vroom e Yetton, 1993).

Os trabalhadores e seus representantes têm igualmente o direito de apresentar propostas de modo a minimizar qualquer risco profissional (n.º 4 do art. 9º do D.L. n.º 441/91) <sup>(13)</sup>. Este direito pode ser considerado como subsidiário do direito à consulta. Esta, por sua vez, é uma forma de participação distinta da negociação & decisão (*negotiation/joint decision*), da decisão baseada no consenso (*group decision*) ou da decisão por delegação.

#### 2.5.8.5. Direito de recusar o trabalho

Um direito fundamental do trabalhador, em termos individuais ou colectivos, é o de recusar iniciar o trabalho, de interromper o trabalho ou de abandonar o posto de trabalho, em caso de percepção de perigo grave e iminente que não possa ser evitado.

Embora consagrada na legislação laboral de diversos países, a sua aplicação não é pacífica. Em Portugal, julgo que ainda não haja jurisprudência sobre o problema (vd. Fernandes, 1994; Veiga, 1995; Leite e Almeida, 2000). Recorde-se que o n.º 3 do art. 15º do D.L. n.º 441/91 prevê a imputação de responsabilidade disciplinar e civil ao trabalhador, em caso de incumprimento culposo das suas obrigações (que, em última análise, poderá configurar inclusive uma situação de despedimento por justa causa)<sup>(14)</sup>.

Para Walters (1994: 27), o direito de recusar o trabalho faz parte dos “minimum legal rights” contidos na Directiva 89/391/CEE da Comissão, de 12 de Junho de 1989: “In addition, there is the very important right to be able to stop dangerous work without fear of victimisation by the employee” (itálico meu). Este direito terá sido utilizado na Suécia como forma de pressionar os empregadores a melhorar as condições de trabalho na década de 1970. Nessa

<sup>12</sup> O n.º 3 do art. 275º do Código do Trabalho diz explicitamente que “o empregador deve consultar por escrito e, pelo menos, duas vezes por ano, previamente ou em tempo útil, os representantes dos trabalhadores ou, na sua falta, os próprios trabalhadores”. Além disso, as consultas, respectivas respostas e propostas, devem constar de registo em livro próprio organizado pela empresa” (n.º 7 do citado art.).

<sup>13</sup> Consagrado no n.º 4 do art. 275º do Código do Trabalho.

<sup>14</sup> Este direito também é reconhecido pelo Código do Trabalho: n.º 1, alínea f), e n.º 2 do art. 274º do Código do Trabalho.

época, a Suécia (que, a par da Noruega, tem uma forte tradição histórica de concertação social), adoptou a legislação laboral porventura mais progressista do mundo, na sequência da crescente racionalização técnica, organizacional e económica por que passaram as suas empresas, com a consequente desqualificação dos trabalhadores e a degradação das suas condições de trabalho. As greves selvagens e a contestação social dos anos de 1969-1970 foram uma consequência dessas mudanças estruturais no aparelho produtivo, obrigando a renegociar o contrato social (Navarro, 1983; Deutsch, 1988; Graça, 2000a).

Esta legislação corresponde à década de ouro da “democracia industrial” (Gardell, 1983; Navarro, 1983; Deutsch, 1988; Johnson e Johansson, 1991). São dessa época, já na crise do pós-taylorismo, diplomas tais como: *Employee Representation on Company Boards* (1972-1977), *Status of Shop Stewards* (1974), *Worker Protection and Working Environment* (1974), *Joint Regulations of Working Life* (1977), *Workers Insurance Act* (1976) ou *Work Environment Act* (1977).

São também dessa época as “novas fábricas” – como as da Volvo, em Kalmar (1974) e Uddevalla (1985) –, caracterizadas por: (i) abandono da linha de montagem fordiana clássica, substituída pela montagem a cargo de grupos semi-autónomos de produção (Kalmar) ou de equipas autodirigidas (Uddevalla); (ii) delegação das tarefas de produção e de gestão operacional a estes grupos; (iii) introdução de sistemas informáticos que passam a coordenar e a centralizar tudo o que se passa a nível do *bottom line*; (iv) abordagem sociotécnica das condições de trabalho e concepção ergonómica do *layout* de produção, com vista a eliminar na origem ou minimizar o risco de stresse e de lesões musculoesqueléticas (Dundelach e Mortensen, 1979; Gardel, 1982; Haglund *et al.*, 1991; Berlin, 1993; Ekeloff, 1993; Graça, 2000a).

É também a época da consagração do *rolvoísmo* enquanto abordagem sociotécnica, alternativa quer ao *fordismo* quer ao *toyotismo* (Taylor, 1911; Adler e Cole, 1993; Milkman, 1997; Nishiyama e Johnson, 1997; Berggren, 2000; Correia, 2000). A nível das condições de trabalho e da protecção da saúde dos trabalhos, a década de 1970 foi marcada pela promulgação do *Work Environment Act* (1977) que veio substituir o *Work Protection Act* (1974). As alterações introduzidas pelo legislador não foram apenas semânticas mas sobretudo conceptuais (*Caixa II.3*).

#### Caixa II.3 – Uma concepção sociotécnica das condições de trabalho

Facilmente se reconhece na redacção da Secção 1 do Capítulo 2 do *Swedish Work Environment Act* os contributos dos investigadores da corrente sociotécnica que se desenvolveu nos países nórdicos nos anos 70, com especial destaque para a Noruega (v.g. Thorsrud) e a Suécia (v.g., Gardell):

“(i) The working environment shall be satisfactory with regard to the nature of the work and social and technical progress in the community. (ii) Working conditions shall be adapted to people's differing physical and mental aptitudes. (iii) The employee shall be given the opportunity of participating in the design of his own working situation and in processes of change and development affecting his own work. (iv) Technology, work organization and job content shall be designed in such a way that the employee is not subjected to physical or mental strains which can lead to ill-health or accidents. (v) Forms of remuneration and the distribution of working hours shall also be taken into account in this connection. (vi) Closely controlled or restricted work shall be avoided or limited. (vii) Efforts shall be made to ensure that work provides opportunities of variety, social contact and co-operation, as well as coherence between different tasks. Furthermore, (viii) efforts shall be made to ensure that working conditions provide opportunities for personal and vocational development, as well as for self-determination and professional responsibility”.

Fonte: Swedish Work Environment Authority (2001)

Houve também mudanças substanciais nas competências dos *safety delegates* e alargamento dos seus direitos a partir de 1974, incluindo o direito de mandar parar o trabalho: “If a particular job involves immediate and serious danger to the life or health of an employee and if no immediate remedy can be obtained through representations to the employer, the safety delegate may order the suspension of work on that job pending a decision by the Work Environment Authority” (Section 7, Chapter 6, *Work Environment Act*) (*Swedish Work Environment Authority*, 2001).

Desde 1978 até 1982, registaram-se oficialmente mais de 600 casos de interrupção do trabalho por ordem dos representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST, mas o seu número tendia diminuir a partir de 1979 (Gustafsson, 1984).

Nos locais de trabalho com 50 ou mais trabalhadores (ou sempre que requerido pelos interessados), deve haver uma *safety committee*, a qual desempenha um papel central na gestão no sistema de SH&ST, incluindo os *occupational health services* cuja criação, pelo empregador, é de resto voluntária, tal como acontece na Alemanha e no Reino Unido (Nicholson, 2003).

### 2.5.9. Cooperação ou co-determinação ? Um nível limitado de participação

O D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, que tem como quadro de referência a Convenção n.º 155 da OIT, de 1981, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva 89/391/CEE, parece ter subestimado as potencialidades da formação mútua e da discussão pelos trabalhadores, colectivamente ou em grupo, das suas próprias condições de trabalho, ou seja, o direito de expressão directa, consagrado, por ex., na legislação francesa.

Em França, as Leis Auroux de 1982 (e legislação posterior) vieram reconhecer o *direito à expressão directa* (por iniciativa pessoal, sem ser pela via da representação ou da hierarquia) e colectiva (através de grupos de expressão) sobre: (i) o conteúdo e a organização do trabalho; (ii) a definição e a implementação de acções destinadas a melhorar as condições de trabalho na empresa (art. 461º e 462º do Código do Trabalho francês, Lei nº 82-689, de 4 de Agosto de 1982, e Lei nº 86-1, de 3 de Janeiro de 1986) (Sechaud, 1994).

Com o direito de expressão, o legislador francês vinha reconhecer o papel proactivo do trabalhador, tanto na análise dos diferentes aspectos do seu trabalho como na melhoria das suas condições de trabalho (incluindo o ambiente físico e psicossocial). Fazendo o balanço de quase duas décadas, há quem pense no entanto que “o seu funcionamento se transformou frequentemente em ritual”, acabando por provocar a perda de muito do *élan* contido no espírito da lei de 1982, ou seja, muitas das suas potencialidades enquanto forma de *experimentação social* (Petit e Dubois, 2000: 237).

De um modo geral, muitas das formas de participação directa aqui referidas são de origem patronal e, como tal, tendem a ser vistas com alguma reserva por parte dos sindicatos, o que se compreende. Na realidade, trata-se de (i) formas de participação integrativa e organizacional; (ii) que escapam ao controlo dos representantes sindicais; e sobretudo que (iii) não estão consagradas no direito do trabalho (com excepção dos grupos de expressão franceses).

Julgo que esta posição ainda reflecte o pensamento actual do sindicalismo europeu, nomeadamente quando confrontado com as pretensas tentativas de *empowerment* dos trabalhadores por parte de algumas correntes do *management* internacional, consubstanciadas nas (i) experiências do TQM (*Total Quality Management*), nos (ii) modelos baseados na *lean*

*production* e nas demais (iii) *novas formas de organização do trabalho* (Gelder, 1994; Roth, 1996; Frohlich e Pekruhl, 1996; Kochan *et al.*, 1997; Kovács e Castillo, 1998).

O receio de *canibalização* dos representantes dos trabalhadores para a SH&ST quando estes não têm ligação aos sindicatos nem enquadramento legal nem, muito menos, capacidade negocial é claramente manifestado por um representante da CISL (*Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori*): "Experiences with collective participation in recent years have often revealed the danger of a split opening up between workers' representatives and union representatives. This may happen, for example, when the worker representatives on a company health and safety committee have no structural relationship with a union or have no bargaining function. Schemes of this kind, which take an extreme view of the need for the total autonomy of workers representatives, run the risk of assimilation into the company's own culture and goals since they lack of the independence of union-based activity" (Stanzani, 1994: 16).

Também a UGT portuguesa defende a necessidade de protagonismo sindical na gestão do sistema de SH&ST: "As experiências de participação colectiva nalgumas grandes empresas nacionais (...) recordam que há risco de que a representação na empresa, desenquadrada do sindicato, possa isolar esta área e criar um fosso entre o sindicalismo de condições de trabalho e outros aspectos da reivindicação social" (UGT, 1995: 47-48), alguns dos quais tendem até a ser mais valorizados pelos trabalhadores (por ex., cláusulas com expressão pecuniária, organização do tempo de trabalho).

Esta observação crítica tanto da UGT como da sua congénere italiana, parece ser relevante no actual contexto: por um lado, e nomeadamente nos países da Europa do Sul começa também a ganhar terreno a concepção civilista das relações do trabalho em oposição à tradicional concepção jusbolista; por outro, a tendência a partir do último quarto de século é o aumento do número de PME, a precarização do emprego, a deslocalização industrial, a terciarização da economia, a flexibilização e fragmentação da força de trabalho, a desregulamentação da legislação laboral, o desemprego estrutural e o consequente declínio da representação sindical no local de trabalho, para além das implicações na saúde física e mental da população trabalhadora, incluindo o stress crónico (House, 1974; Dejours, 1980; Karasek e Theorell, 1990; Houben, 1991; Dejours, 1993; Houben e Nijhuis, 1996; Nishiyama e Johnson, 1997; Houtman e Kompier, 1998; European Commission, 2000).

De acordo com um estudo levado a cabo, no princípio dos anos 90, em oito países europeus (Alemanha, Espanha, França, Grécia, Irlanda, Itália, Reino Unido e Suécia) sobre a representação dos trabalhadores e dos sindicatos no domínio da SH&ST (Walters *et al.*, 1993), constata-se a existência de dois problemas principais no que dizia respeito à implementação da legislação e regulamentação em matéria de SH&ST (Walters, 1994: 28): por um lado, (i) essa implementação estava longe de estar completa e, por outro, (ii) dependia muito da dimensão das empresas, sendo o desenvolvimento das potencialidades da SH&ST mais provável "in large workplaces with strong organisation, supportive management, well trained health and safety representatives and a high level of health and safety awareness".

A representação dos trabalhadores em matéria de SH&ST torna-se, pois, problemática e a prova disso é a sua fraqueza estrutural em países como os da Europa do Sul, incluindo a Itália que no final dos anos 60 e princípio dos anos 70 era justamente apontado como um dos países mais avançados em matéria de desenvolvimento da participação nesta área

(Bagnara *et al.*, 1981 e 1985; Oddone *et al.*, 1984; Berlinguer e Biocca, 1987; Berlinguer, Conti e Smargiasse, 1991; Graça, 2000b).

No princípio da década de 1990, a área da SH&ST continuava a ser, na Europa do Sul, uma espécie de parente pobre dentro do movimento sindical, a maior parte das vezes confiada (e confinada) a um pequeno grupo de especialistas sem ligação aos locais de trabalho e à acção sindical (Stanzani, 1994: 16).

No que diz respeito à participação dos trabalhadores portugueses no sistema de gestão da SH&ST, a nível do local de trabalho, pode dizer-se que ela é, em termos jurídico-normativos, claramente limitada à simples informação e à consulta. O legislador português não prevê outras formas de nível superior como a negociação, o veto, a co-decisão, a supervisão da implementação ou até a gestão autónoma directa. Por outro lado, há um grande défice de consulta e participação nos nossos locais de trabalho, por razões estruturais e históricas (Kovács, 1989a; Cristovam, 1995; Graça, 2002). É não só possível como desejável um maior equilíbrio da participação nos locais de trabalho, em termos quer de (i) *formas* (directas e indirectas), quer de (ii) *nível* (cooperação e co-determinação).

A Convenção n.º 161, sobre os serviços de saúde no trabalho, adoptada pela OIT em 1985, insiste na co-responsabilização dos trabalhadores (ILO, 1985). No art. 8º diz-se explicitamente que o empregador, os trabalhadores e seus representantes devem cooperar e participar numa base equitativa ou igualitária – o que só pode ser entendido fora da relação hierárquica ou de subordinação, resultante do contrato de trabalho (Graça, 1992) –, tanto na organização e no funcionamento dos serviços de SH&ST como na definição e implementação de medidas de prevenção e protecção. Por outro lado, "todos os trabalhadores devem ser informados dos riscos para a saúde inerentes ao seu trabalho" (art. 13º da Convenção n.º 161). Os serviços de saúde no trabalho, por seu turno, devem ser informados pelo empregador e pelos trabalhadores de "todos os factores do ambiente de trabalho não só conhecidos como suspeitos, susceptíveis de ter efeitos sobre a saúde dos trabalhadores" (art. 14º).

Em 1991, a OIT aprovou um conjunto de directrizes práticas (*guidelines*) sobre o Sistema de Gestão da SH&ST (ILO, 2001; OIT, 2002). No que diz respeito à participação dos trabalhadores (ponto 3.2), as orientações não podem ser mais claras: (i) a participação dos trabalhadores é um elemento essencial do sistema de gestão da SH&ST a nível da empresa ou estabelecimento; (ii) o empregador deve assegurar que os trabalhadores e/ou seus representantes sejam devidamente consultados, informados e formados em todos os aspectos da SH&ST; (iii) os trabalhadores e/ou seus representantes devem dispor do tempo e dos recursos necessários para "participar activamente" – em todas as fases – concepção, planeamento, organização, implementação, avaliação e correcção – do sistema de gestão da SH&ST; e, por fim (iv) deve ser criada e ser posta a funcionar, de maneira eficiente, uma comissão (paritária) de SH&ST, onde tenham assento os representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST.

Por outro lado, não são devidamente conhecidas e discutidas, entre nós, as vantagens da participação dos trabalhadores no sistema de SH&ST, a nível do local de trabalho (*Caixa II.4*), já que a questão tende a ser, muitas vezes, politizada. Há argumentos a favor e contra a participação (Wintersberger, 1985; Starrin e Lundberg, 1991; Wilson, 1994) que, por economia de análise, não vou aqui desenvolver, já o tendo feito noutro tempo e lugar (Graça, 1993).



Sem uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde no trabalho nunca poderão ser eficazes (Gardell, 1982; Wintersberger, 1985; Deutsch, 1988; Berlinguer, Conti e Smargiasse, 1991). Em contrapartida, os processos participativos são menos eficiente do que a tradicional abordagem tecnocrática no domínio da SH&ST, a qual assenta no protagonismo dos técnicos e especialistas (Mergler, 1987). A participação tem, obviamente, custos para a organização (por ex., custos homem/hora).

Os estudos neste domínio sugerem, por outro lado, que os efeitos da participação não seriam tanto a curto como sobretudo a médio e longo prazo, nomeadamente no que diz respeito ao aumento da produtividade, um resultado que, de resto, depende de muitas outras variáveis, quer endógenas quer exógenas (Wilson, 1994).

A Alemanha e o Japão, do pós-guerra, têm sido apresentados como dois exemplos em que o sucesso económico estaria associado ao desenvolvimento de um factor de produção, cada vez mais crítico: o envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisão relativa a regras, procedimentos e medidas que afectam não apenas a política económica da empresa, como sobretudo a política social e de pessoal, incluindo a abordagem antropocêntrica das novas tecnologias e a reorganização flexível e participada do trabalho (Rodrigues, 1991 e 1992; Armbrüster, 1994; Rodrigues, 1995; Freire, 1995; Fröhlich e Pekruhl, 1996; Roth, 1996).

O que está em jogo no domínio da SH&ST não são meras questões técnicas e, como tal, neutras ou imediatamente consensuais, mas interesses nem sempre facilmente conciliáveis e, em última análise, verdadeiras questões de poder. E as relações de poder, que se revelam através da aliança, do conflito e da negociação, dificilmente são reguláveis por decreto ou por simples voluntarismo dos actores sociais. Mas também estão em causa, é bom não esquecerlo, direitos sociais que se tornaram factos civilizacionais.

Caixa II.4 – Dez vantagens da participação directa dos trabalhadores	
1.	Favorece a detecção precoce de sintomas e a prevenção da doença
2.	Facilita a identificação das doenças de etiologia multifactorial, relacionadas com o trabalho ou agravadas pelo trabalho
3.	Possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce das doenças crónicas degenerativas
4.	Permite colmatar as dificuldades e os custos da medição objectiva da carga mental e psíquica, resultante das constantes inovações técnicas e organizacionais, bem como habilitar os trabalhadores a lidar com os crescentes riscos de natureza psicossocial
5.	Favorece uma abordagem mais global, compreensiva e dinâmica dos factores de risco e dos riscos profissionais
6.	Obriga o empregador a assumir as suas responsabilidades na criação de um ambiente de trabalho seguro e saudável
7.	Permite uma abordagem proactiva, uma intervenção mais orientada para os problemas concretos e para a sua solução
8.	Minimiza os tradicionais riscos de solução de continuidade entre a investigação e a intervenção, o conhecimento e a acção
9.	Implica um maior protagonismo dos trabalhadores em detrimento do tradicional papel de liderança dos profissionais ou especialistas de SH&ST (a chamada abordagem <i>topdown</i> )
10.	E, por fim, é <i>cost-effective</i> , como dizem os economistas.
Fonte: Wintersberger (1985); Graça (1993)	

As tendências actuais no campo da protecção e promoção da saúde no trabalho, a nível internacional, apontam cada vez mais para a crescente valorização do papel (activo) dos trabalhadores (Bagnara *et al.*, 1981 e 1985; Deutsch, 1988; Breucker e Schröder, 1996; Wynne, 1998; Graça, 1999e).

Em jeito de conclusão sobre a revisão de literatura relativamente a este tópico (a participação dos trabalhadores na gestão do sistema de SH&ST), pode dizer-se que há três direitos fundamentais. De acordo, por exemplo, com a legislação da província canadiana de Saskatchewan, promulgada no período de 1972-73, esses direitos seriam fundamentalmente (Sass, 1985): (i) o direito de *conhecer/investigar* os riscos e os factores de risco no trabalho; (ii) o direito de *participar* na gestão do sistema de SH&ST, incluindo a permanente detecção, avaliação e redução desses riscos, através da informação, da consulta, e da negociação & decisão; (iii) o direito de *recusar o trabalho* em caso de percepção de perigo grave e iminente que não possa ser evitado, sem receio de ser incriminado ou prejudicado.

São três direitos interdependentes: (i) seria ineficaz reconhecer ao trabalhador o direito de recusar o trabalho e o direito de participar (através da informação, da consulta e da negociação & decisão), excluindo o direito de conhecer/investigar os riscos e os factores de risco no trabalho (que fundamenta o modelo operário de análise das condições de trabalho, surgido na Itália dos anos de 1960) (Oddone *et al.*, 1984; Graça, 2000b); (ii) por outro lado, o direito de participar e o direito de conhecer têm de ser complementados pelo direito de recusar o trabalho, se se defende uma perspectiva global e integrada da prevenção da doença e da promoção da saúde no local de trabalho.

Um dos desafios que se põem, hoje em dia, aos empregadores e aos trabalhadores e seus representantes é o de encontrar formas de participação adequadas, eficientes e eficazes, além de mutuamente satisfatórias a nível da organização do trabalho e da gestão, tendo em conta que a modernização das nossas empresas, traduzida em melhoria da produtividade, qualidade e competitividade, passa também necessariamente pela (i) valorização estratégica dos recursos humanos, pela (ii) incorporação dos seus novos conhecimentos e competências, pela (iii) empregabilidade e pela (iv) manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa.

Este é um terreno onde trabalhadores e empregadores são *stakeholders*, ou seja, têm interesses em jogo que não são necessariamente antagónicos. Sem a competência e o empenhamento dos trabalhadores e dos seus representantes, será com certeza mais difícil responder aos desafios, ameaças e oportunidades que se põem hoje às empresas portuguesas. Sem vontade política, sem concertação social e sem inovação sócio-organizacional, também os empregadores não tirarão partido, a longo prazo, das potencialidades das novas tecnologias e das oportunidades abertas pela globalização da economia.

## 2.6. A natureza e a frequência dos programas e actividades de saúde no trabalho

### 2.6.1. EUA

#### 2.6.1.1. Os *wellness programs*

A promoção da saúde nos locais de trabalho (*worksites/workplace health promotion*, abreviadamente *WHP*) começou por ser um fenómeno tipicamente norte-americano que

emergiu na década de 1970 e que não tinha paralelo no Canadá, na Europa ou no Japão (Castillo-Salgado, 1984; Conrad, 1988; Wynne, 1989; Muto *et al.*, 1997; Okubo, 1998). Mais: desenvolveu-se à margem da saúde pública, da profissão médica e da própria medicina do trabalho (Conrad, 1987; O' Donnell, 1996).

Só a partir da segunda metade da década de 80 é que se começa a falar da promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST) no Canadá (Dooner, 1996; Canada. Health Canada, 1998?) e na Europa, incluindo Portugal (Graça e Faria, 1991 e 1992; Wynne e Clarkin, 1992). Em países como a Suécia, por exemplo, não havia sequer, até há poucos anos, um termo nacional equivalente para WHP, não obstante a tradição sueca tanto na área da saúde pública como da intervenção sociotécnica e da investigação psicossocial a nível do trabalho (Thomsson e Menckel, 1997 e 1998).

Na primeira metade da década de 1980, nos EUA, a natureza e a frequência das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho variavam conforme a dimensão das empresas e o sector de actividade, para além da região. Um dos primeiros inquéritos no domínio da PST foi realizado por Fielding e Breslow (1983), justamente a uma amostra representativa das empresas e estabelecimentos da Califórnia com 100 ou mais trabalhadores (n=511). Cerca de quatro quintos da amostra responderam a um questionário por entrevista sobre as actividades de saúde, existentes ou planeadas.

Posteriormente foi feito um outro estudo, baseado numa amostra das 500 melhores empresas do ano de 1984, eleitas pela revista *Fortune* (Hollander e Lengermann, 1988). Num total de 247 respondentes, cerca de dois terços reportaram a existência de actividades de saúde no local de trabalho. Reflectindo o peso das grandes empresas na lista da *Fortune*, o número médio de actividades era de 7.9 num total possível de 19. Por sua vez, os que não tinham actividades neste domínio, tencionavam implementá-las no futuro.

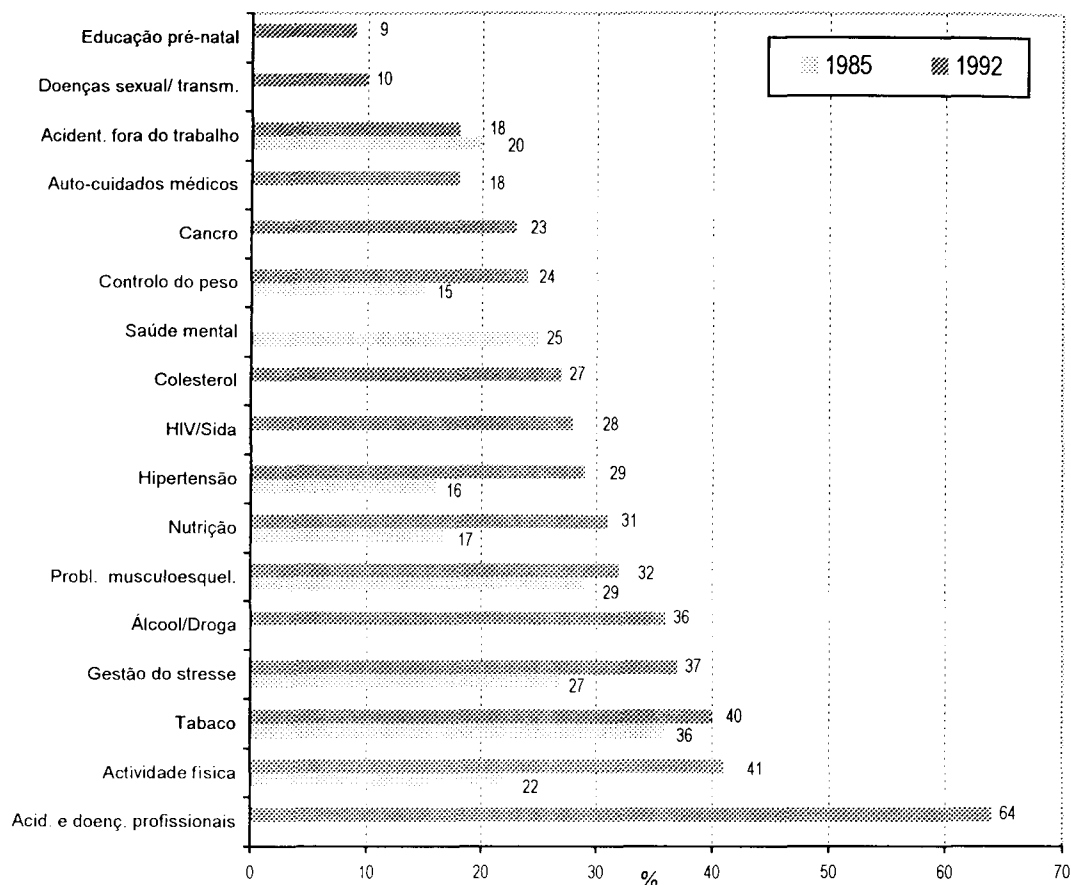
Só em 1985 foi realizado o primeiro *National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, sob os auspícios do *U. S. Department of Health and Human Services* (1987): duas em cada três empresas ou estabelecimentos do sector privado tinham então em curso um ou mais programas de promoção de saúde (Fielding e Piserchia, 1989). A amostra abrangeu 1358 locais de trabalho, com 50 ou mais trabalhadores, correspondendo a uma taxa de resposta de 83.1%, e sendo os resultados generalizáveis para o universo das empresas ou estabelecimentos com 100 ou mais trabalhadores. O número médio de actividades (2.1) tendia claramente a aumentar em função do número de trabalhadores: 1.4 nos locais de trabalho de menor dimensão (50-99 trabalhadores); 4.6 nos locais de trabalho de maior dimensão ( $\geq 750$  trabalhadores) (Fielding e Piserchia, 1989; Fielding, 1990).

Num segundo inquérito nacional realizado em 1992, também por iniciativa dos serviços de saúde pública (Fielding, 1998), verifica-se ter havido uma clara expansão dos programas mais típicos, orientados para o indivíduo e centrados nos estilos de vida (por ex., actividade física/*fitness*, consumo de tabaco, stresse, hipertensão, nutrição). Na *Figura II.3* comparam-se os resultados de 1985 com os de 1992.

Outros, pelo contrário, eram identificados pela primeira vez (por ex., HIV/Sida, álcool/droga, colesterol, saúde mental, cancro, doenças sexualmente transmissíveis, educação pré-natal, autocuidados). Também, pela primeira vez, se discriminavam as actividades tradicionalmente associadas à SH&ST (*job hazards/injury prevention*): 64% das empresas declaravam ter programas de prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, programas esses que não incluíam o *back problem prevention and care* (32%). De qualquer modo, em 1992, mais de 80% da amostra tinha um ou mais programas saúde no

trabalho, embora muitos deles se resumissem, muito provavelmente, a meras actividades de informação ou educação para a saúde.

Figura II.3 — Prevalência de programas e actividades de saúde nas empresas e estabelecimentos norte-americanos, do sector privado, com mais de 50 trabalhadores, em 1985 e 1992



Fonte: Adapt. de Fielding (1989 e 1998)

Programas como a gestão do stresse, por ex., eram claramente orientados para a formação e o treino do indivíduo com vista a melhorar a sua capacidade para lidar com o stresse (Wilbur *et al.*, 1986; Fielding, 1989). Tendia-se a privilegiar técnicas como a relaxação muscular, o *biofeedback*, a meditação ou a aquisição de capacidades cognitivas e comportamentais (Murphy, 1984; Sloan *et al.*, 1987), em detrimento das intervenções organizacionais com vista a eliminar ou reduzir os factores de stresse (por ex., mudança organizacional, *job enrichment*, *job design*, flexibilidade de horários, suporte social, participação) (Gardell, 1982; Israel *et al.*, 1987; Cooper e Payne, 1988; Aronsson, 1989; Karasek e Theorell, 1990; Israel *et al.*, 1992; Landsbergis *et al.*, 1992; May, 1992; Cahill, 1992; Smith e Zehel, 1992; Bravermann, 1992; Badura, 1993; Kompier e Levi, 1993; Gründemann e Vuuren, 1997; Kompier e Cooper, 1999).

Utilizando a conhecida metáfora do pé e do sapato (Kompier e Levi, 1993 e 1995), há três estratégias para prevenir e combater o stresse no trabalho: (i) “procurar o sapato certo para o pé certo” (medidas dirigidas à situação de trabalho, eliminando ou modificando as fontes ou causas de stresse); (ii) “adaptar o sapato ao pé” (medidas dirigidas ao trabalhador, mudando-o de posto de trabalho); e (iii) “fortalecer o pé para se adaptar ao sapato”

(medidas orientadas para o indivíduo, reforçando a sua resistência ao stress através de exercício físico, formação e informação, por exemplo).

Ao eleger o indivíduo, muito dos *stress management programs* em vigor nos locais de trabalho norte-americanos estariam a reproduzir a ideologia do *blaming the victim* (Crawford, 1977; Alexander, 1988; Green, 1988). Na realidade, "the potential for victim-blaming in workplace health promotion is vast, if you allow yourself to think about health as a solely individual responsibility (...)" (Sloan et al., 1987: 147).

Quanto à *elegibilidade* dos programas, era em geral bastante alta: à volta de 85% (Fielding, 1990). No caso da amostra da *Fortune*, o número médio de trabalhadores elegíveis para os programas em vigor (n=164), rondava inclusive os 90%, embora a taxa de participação fosse claramente mais baixa (cerca de 40%, em média), para os trabalhadores elegíveis do género masculino (Hollander e Lengermann, 1988).

#### 2.6.1.2. Confusão semântica e conceptual: WHP ‘versus’ OSH ?

O termo *wellness* é sinónimo de *health promotion*, mas é intraduzível para as línguas latinas: significa, em inglês, "the fact or condition of being in maximum physical and mental health" (*Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*, New York, 1996: 2159).

Curiosamente o vocábulo fazia parte da primeira versão do famoso glossário sobre promoção de saúde, da autoria de D. Nutebeam (1986), mas desapareceu da última versão (WHO, 1998).

Se bem que o termo exista na língua inglesa desde meados do Séc. XVII, terá sido usado pela primeira vez nos EUA numa publicação médica, da autoria de Halbert L. Dunn: "Dr. Dunn promoted wellness in a variety of settings, most memorably in a weekly series of thirteen modest lectures at a Unitarian Church in the Washington, D.C. area in the late 1950's. The talks were published in 1961 in a book entitled *High Level Wellness* by Beatty Press of Arlington, VA" (Ardell, 2000). Algumas ideias deste médico sobre a saúde e o bem-estar, inspiradas na medicina hipocrática, foram depois retomadas e reformuladas nos anos 60 e 70 por outros autores.

Originariamente, nos EUA, os *wellness programs* distinguíam-se de outros programas existentes no local de trabalho: *Occupational Safety and Health* (OSH), *Employee Assistance Programs* (EAP), *Drug Screening Initiatives* (DSI)... Hoje o termo *Workplace Health Promotion* (WHP) tende a abarcar estas diferentes iniciativas (que só no caso dos OSH é que são obrigatórias por lei). Houve, pois, um alargamento e enriquecimento do conceito de saúde no trabalho (O'Donnell, 1989 e 1996).

Mais recentemente começou a falar-se em programas HPM (*Health and Productivity Management*) (Goetzel et al., 1999). Segundo o *Institute for Health and Productivity Management* (IHIPM), no conceito de HPM podem e devem integrar-se os seguintes programas ou actividades de diferentes áreas da empresa: (i) prevenção da doença e promoção da saúde; (ii) gestão da doença e dos cuidados médicos; (iii) segurança do trabalho e saúde ambiental (*workplace safety and environmental health*); e, por fim, (iv) *corporate culture and organizational health* (IHIPM, 2001).

O director do prestigiado *American Journal of Health Promotion* define a promoção da saúde como *uma ciência e uma arte* que ajudam as pessoas a mudar os seus estilos de vida "toward a

state of optimal health” (*sic*). Por esta última expressão, sinónimo de *wellness*, deve entender-se “a balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health”. Quanto à desejada *lifestyle change*, ela pode ser facilitada por uma combinação de estratégias “to enhance awareness, change behavior, and create environments that support good health practices”. Destas três, “supportive environments will probably have the greatest impact on producing lasting change” (O’Donnel, 1989: 5).

Convém aqui definir alguns conceitos. Green (1992: 787) faz uma clara distinção entre (i) *educação para a saúde* (“any combination of learning experiences designed to predispose, enable, and reinforce voluntary adaptations of individual or collective behavior conducive to health”) e (ii) *promoção da saúde* (“any combination of educational, organizational, economic, and environmental supports for behaviors and conditions of living conducive to health”). A primeira é, portanto, apenas uma das estratégias da segunda, embora o autor a considere “the primary and dominant strategy in health promotion”. Esta por sua vez seria uma componente da saúde pública e da medicina preventiva. Ainda outra distinção a operar, a educação para saúde seria mais especificamente limitada “to that range of behavior that is voluntary, self-directed, and relatively self-controlled” (Green, 1992: 788).

Difícilmente se pode aceitar a inclusão, no conceito de promoção de saúde, das *Drug Screening Initiatives* (DSI). A sua origem remonta a 1981, quando o Departamento de Defesa norte-americano passou a impor, ao pessoal civil e militar dos estabelecimentos das forças armadas, a aplicação de testes de consumo de droga. Com o *Drug Free Workplace Act of 1988*, sob a Administração Reagan, muitas empresas do sector público e privado passaram a adoptar o *drug screening* (Conrad, 1992; Mondy *et al.*, 1999). As DSI (e a que se vieram juntar, mais tarde, os testes de HIV/Sida) ainda hoje levantam uma série de questões éticas e deontológicas que estão longe de estarem resolvidas (Roman e Blum, 1987; Green, 1988; Hecker e Kaplan, 1989; Conrad e Walsh, 1992; ICOH, 1992). De qualquer modo, contribuíram para o desenvolvimento dos *Employee Assistance Programs* (EAP).

Estes programas também são uma originalidade norte-americana. Inspirando-se na experiência dos grupos de auto-ajuda, os EAP desenvolveram-se sobretudo a partir do início da década de 1970 (Roman e Blum, 1988). Durante muito tempo, o termo ficara conotado com o *alcohol abuse*. Aliás, a paternidade do termo é atribuída ao *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), criado em 1971 (<http://www.niaaa.nih.gov/>).

Em sentido lato, os EAP podem ser definidos como iniciativas levadas a cabo, no local de trabalho, para garantir a manutenção do emprego e a própria empregabilidade de indivíduos cujo desempenho profissional e relacionamento humano são afectados negativamente por problemas de consumo de álcool ou de droga, outros comportamentos aditivos ou compulsivos (como o jogo, o sexo ou o *shopping*), a depressão ou outra doença psiquiátrica, dificuldades conjugais, familiares, financeiras ou outros problemas pessoais (Roman e Blum, 1988; Lee e Gray, 1994; Mondy *et al.*, 1999; Graça, 1999e). Embora tardiamente, o termo também chegou a Portugal, sendo conhecido nalgumas empresas portuguesas sob a designação de *Programas de Apoio aos Trabalhadores* (PAT) (Leal, 1993).

A *Employee Assistance Professionals Association* (EAPPA), fundada em 1971, representa mais de 6200 profissionais nos EUA e em mais 30 países (<http://www.eapassn.org/>). Entre os seus membros conta-se um leque variado de profissionais, incluindo os assistentes sociais, os conselheiros em saúde mental e comportamentos aditivos, os especialistas em saúde comportamental, os profissionais em gestão de recursos humanos e os especialistas em gestão de riscos.

Em 1997, de acordo com o *Employee Benefits Survey*, 61% dos trabalhadores norte-americanos, a trabalhar a tempo inteiro em estabelecimentos do sector privado, de média e grande dimensão, podiam beneficiar de um EAP: Essa percentagem era muito menor em relação aos *wellness programs* (36%) e aos *fitness centers* (21%). Estes três *employee benefits* formavam em conjunto os *health promotion programs*. Em 1996, a proporção de trabalhadores a tempo inteiro, de estabelecimentos de pequena dimensão, elegíveis para cada um destes programas era significativamente muito mais pequena: 14%, 8% e 4%, respectivamente para os EAP, os *wellness programs* e os *fitness centers* (U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 1999).

Segundo os resultados do *1998 Business Work-Life Study*, cerca de 56% das empresas com 100 ou mais trabalhadores (incluindo organizações sem fins lucrativos) teriam em vigor um EAP, “designed to help employees deal with problems that may affect their work or personal life” (n=1057) (Galinsky e Bond, 2000: VIII). A chamada *work-life assistance* tende hoje a integrar-se no conceito de *corporate health management* (incluindo a prevenção da doença, a promoção da saúde, a OSH, os EAP e os *wellness programs*).

Os *health promotion programs*, devido provavelmente a mudança de metodologia, passaram a englobar apenas dois tipos de benefícios no âmbito do *National Compensation Survey: Employee Benefits in Private Industry in the United States, 2000*: (i) os *wellness programs* e (ii) os *fitness centers*. Estes últimos podem funcionar dentro ou fora do local de trabalho, sendo financiados total ou parcialmente pelo empregador. Quanto aos *wellness programs*, “[they] are independent of health insurance plans and offer employees two or more of the following benefits: Smoking cessation clinics; exercise/physical fitness programs; weight control programs; nutrition education; hypertension tests; periodical physical examinations; stress management courses; back care courses; life style assessment tests” (U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 2003: 3).

Em 2000 a elegibilidade para estes dois benefícios específicos era variável conforme o grupo ocupacional e o tipo de emprego: de facto, havia acentuadas diferenças entre colarinhos brancos e colarinhos azuis e entre trabalhadores a tempo inteiro e a tempo parcial em termos de igualdade de oportunidades no acesso tanto aos *wellness programs* como aos *fitness centers* (*Quadro II.12*, em anexo). Menos de 20 milhões de trabalhadores do sector privado eram elegíveis para os *wellness programs*; e menos de 10 milhões podiam frequentar *fitness centers* no (ou junto do) local de trabalho. Só que a elegibilidade era proporcionalmente muito maior para os colarinhos brancos do que para os colarinhos azuis. Em números absolutos os dois grupos equiparavam-se (c. 53.6 milhões cada um).

As diferenças, quanto à estrutura e à natureza dos EAP e os *wellness programs*, nem sempre são fáceis de distinguir (Akabas, 1998; Graça, 1999e). Muito sumariamente, pode dizer-se que: (i) os EAP colocam-se mais na perspectiva da *prevenção secundária e terciária* (tratamento, cura, reabilitação e reintegração); e (ii) têm uma população-alvo mais restrita do que os programas especificamente orientados para a prevenção da doença e a promoção da saúde. Todavia, a tendência, nos anos 90, era para integrar os EAP nas actividades de PST.

Até ao final da década de 1980, a PST nos EUA tinha sobretudo como objectivo *facilitar a mudança de comportamentos ou estilos de vida (behavioral change)* do indivíduo enquanto trabalhador (Conrad, 1988). Daí a centrar-se mais nos estilos de vida do que nos factores de risco profissionais, numa altura em que já eram evidentes as dificuldades de implementação da *Occupational Safety and Health Act* de 1970, aprovada por Nixon numa conjuntura fortemente marcada pela contestação social e pela mobilização dos sindicatos contra o

*business-controlled 'compensation-safety establishment'* cuja origem remontava às primeiras décadas do Século XX (Berman, 1977).

Essas dificuldades irão depois ser agravadas, nos anos 80, sob a administração de Ronald Reagan, através das tentativas de (i) desregulamentação de importantes matérias no domínio da SH&ST e da protecção ambiental, e de (ii) dismantelamento de agências públicas como a *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* (<http://www.osha.gov/>), a par do (iii) corte drástico do financiamento a projectos inovadores de investigação e desenvolvimento nesta área.

Além dos EAP e dos exames de despistagem do consumo de droga os programas norte-americanos de PST também tendiam a excluir, nessa época (i) a *prestação de cuidados de saúde primários*; e (ii) as *medidas preventivas* que o empregador era obrigado a tomar em cumprimento do *Occupational Safety and Health Act 1970* (Roman e Blum, 1988; Fielding, 1990; Conrad e Walsh, 1992).

Não havia sequer consenso sobre a definição do conceito de promoção de saúde no trabalho (PST) (Warner, 1987; Guidotti, 1988; Warhsaw e Messite, 1998). No entanto, a tendência, no final dos anos 80, era ainda para operar a distinção entre as duas abordagens, a OSH e a WHP, de modo a clarificar o *papel do médico do trabalho* na prevenção dos riscos profissionais. Os programas de PST seriam "one clear way in which occupational medicine crosses the line, which may be thin indeed, from occupationally related disorders to non-occupational factors determining health (...). The occupational physician engaged in health promotion programs cannot use the same approach or thinking appropriate to occupational disorders. The control of personal health hazards requires a different strategy than occupational health hazards and tend to be more dependent on personal initiative and compliance" (Guidotti, 1988: 575).

Mas, já na época, havia autores que defendiam o ponto de vista segundo o qual a PST devia ser dirigida *simultaneamente* para (i) as *fontes de risco exteriores ao indivíduo* (por ex., a organização e as demais condições de trabalho) e para (ii) a *modificação do comportamento individual* em relação a um conjunto bem delimitado e conhecido de factores de risco, não directamente relacionados com o trabalho (consumo de tabaco, álcool e comportamentos aditivos, hipertensão, obesidade, elevado nível de colesterol, falta de actividade física regular, alimentação desequilibrada e dificuldades em lidar com o stresse) (Sloan *et al.*, 1987).

Muitas das estratégias para mudar os comportamentos de saúde não tinham, originalmente, qualquer base teórica nem a maior parte dos promotores de saúde tinham formação específica em mudança comportamental relacionada com a saúde ("Most people developing and managing programs do not have knowledge of basic theories of health behavior") (O'Donnell, 1996: 52).

### 2.6.1.3. Exemplos de programas

#### 2.6.1.3.1. O apoio da saúde pública à WHP

A análise dos exemplos que foram seleccionados pela brochura *Health promotion goes to work*, confirma a tendência da PST nos EUA para continuar a privilegiar, ainda no início dos anos 90, o *indivíduo* e os seus *comportamentos de saúde* em detrimento das iniciativas para melhorar o ambiente físico e psicossocial de trabalho (U.S. Department of Health and Human Services, 1993). Um dos poucos exemplos de articulação explícita entre a SH&ST e a PST era o da Texas Instruments. (*Quadro II.13*).



Conhecidas multinacionais e outras grandes organizações norte-americanas como a Coca-Cola, a General Motors, a Johnson & Johnson, a NASA ou a Blue Shield of California estavam representadas nesta selecção, organizada com o apoio dos serviços federais de saúde pública. Na realidade tratava-se de uma verdadeira selecção nacional de exemplos de boas práticas, (i) “a core representation among public and private organizations of outstanding examples of programs that have been successful in improving health and reducing risk of premature disease and disability”. Eram programas, além do mais, (ii) com um visível impacto “on health care cost containment, productivity, absenteeism, and morale”. Em terceiro lugar, (iii) a sua inclusão, nalguns casos, justificava-se “for their award-winning innovations and longevity alone”. E, por fim, todos eles (iv) beneficiavam de significativo apoio organizacional e (v) reflectiam um crescente interesse pelas questões da saúde no trabalho por parte dos empregadores, trabalhadores e seus representantes (U.S. Department of Health and Human Services, 1993: iii).

Embora se tratasse de uma amostra de conveniência, os exemplos seleccionados (n=61) reflectiam o peso do sector privado (n=49) e sobretudo das empresas de grande dimensão (> 1000 trabalhadores) e com mais recursos (n=42). As restantes (n=12) eram organizações do sector público como por exemplo a NASA ou a City of Birmingham, Alabama (*Quadro II.13*).

Os *wellness programs* não eram só dirigidos aos (i) trabalhadores activos, podiam abranger também o (ii) seu agregado familiar (v.g., Apple) bem como os (iii) trabalhadores reformados (v.g., Bank of America) ou até os seus (iv) clientes (v.g., Blue Shield of California). Por outro lado, compreendiam um leque relativamente variado de actividades: (i) avaliação e monitorização de risco de doença (*Health risk appraisal and screening*); (ii) *informação/educação para a saúde* (v.g., seminários, conferências e *workshops* sobre questões de saúde específicas, feiras da saúde, material audiovisual, revistas e boletins); (iii) actividade física e *fitness centers* (dentro ou fora do local de trabalho); (iv) *programas específicos* orientados para as necessidades de saúde de cada trabalhador (v.g., reabilitação, aconselhamento pré e pós-natal); (v) *incentivos e penalizações* (v.g., redução ou aumento da comparticipação dos prémios de seguro de saúde/doença, acesso gratuito ao *health club*, reconhecimento dos progressos individuais em matéria de redução do peso ou do abandono dos hábitos tabágicos).

Numa grande empresa química como a Du Pont Company (100 mil trabalhadores), podia-se encontrar, na segunda metade dos anos 80, cinco áreas-chaves de intervenção, de acordo com o resumo feito por Robert Bertera, gestor do respectivo programa (*DuPont's Health Horizons*, iniciado em 1981): (i) formação dos (e apoio aos) profissionais de saúde ocupacional e demais pessoal voluntário, responsáveis pela coordenação das actividades de promoção de saúde em cerca de 100 estabelecimentos; (ii) realização de *health risk appraisals*, de dois em dois anos; (iii) grupos de formação, grupos de auto-ajuda e reuniões sobre segurança “to enhance employee wellness and reduce risks in the areas of smoking, elevated cholesterol, high blood pressure, overweight, fitness, stress management, cancer screening, seatbelt use, and AIDS education”; (iv) mudanças ambientais, tais como restrição das áreas de fumo, informação sobre nutrição e produtos alimentares nas cafeterias, equipamentos para auto-medição do peso e da tensão arterial, instalações e equipamentos para a prática de actividade física/*fitness*; e, por fim, (v) prémios e outros incentivos, individuais e grupais (Bertera, 1991: 1119).

Quadro II.13 – Alguns exemplos de empresas norte-americanas com "wellness programs"

Empresa	População-alvo	'Core business'	Nome do programa (e ano de início)	Objectivo principal e/ou filosofia do programa
Apple Computer, Inc.	14 mil trabalhadores	Sistemas de computadores pessoais	<i>Apple Health &amp; Fitness</i> (1984)	"to encourage positive lifestyle changes and enhance the quality of life for Apple employees and their families"
Bank of America	5 mil trabalhadores reformados	Actividades financeiras	<i>Senior Healthtrac Program</i> (1990)	"makes the assumption based upon research that seniors can make health changes in their lifestyles as well as medical utilization that can have a significant impact upon the quality of their lives"
Blue Shield of California	Pessoal em 30 estabelecimentos + clientes do grupo	Administração de planos de saúde	<i>Healthtrac</i> (1986)	Pretendia ser um programa "successful in helping individuals achieve better health and a higher level of involvement in health care decision-making process"
CIGNA Corporation	47 mil trabalhadores	Seguros e serviços financeiros)	<i>Working Well</i> (1979)	"promotes wellness as a tangible way to continue CIGNA's partnership with employees, reaffirming the importance of fitness and a healthy lifestyle for all employees"
City of Birmingham, Alabama	4 mil trabalhadores	Administração local	<i>Wellness Programme</i> (1984)	"to curb alarming increase in medical benefits expenses that were almost twice the national average increase"
Dow Chemical Company	30 mil trabalhadores	Indústria química	<i>Up with Life</i> (1985)	"to encourage employees to develop healthy lifestyles"
Du Pont Company	100 mil trabalhadores	Indúst. química, farmacêut. e electrónica	<i>DuPont's Health Horizons</i> (1981)	"to change lifestyle behaviours related to major sources of morbidity and mortality"
General Motors Corporation	Saginw Division, Michigan: 10 mil trabalhadores	Fabrico de componentes automóveis	<i>SHAPE Program</i> 1983)	"General Motors' corporate philosophy espouses the value of periodic screening throughout working life and into retirement as the most effective means of reaching health promotion goals, among all employees"
Johnson & Johnson	28 mil trabalhadores	Indústria transformadora	<i>Live for Life</i> (1979)	"a multifaceted health management system designed to encourage healthier lifestyles among employees"
National Aeronautics and Space Administration (NASA)	24 mil trabalhadores	Aeronáutica e exploração espacial (agência governamental)	<i>NASA's Fitness Challenge, Exercise for the Health of it</i> (1991)	"to produce a workforce that functions at his highest level of health, well-being and productivity"
Texas Instruments, Inc.	80 mil trabalhadores)	Sector electrónico	<i>OSH</i> (1952) <i>LifeTrack</i> (1988)	"to provide a safe and healthy work environment and to promote and support the health of employees"
The Coca-Cola Company	Sede, Atlanta: 4 mil trabalhadores	Indústria de bebidas	<i>HealthWorks</i> (1985)	"a comprehensive wellness and fitness program for The Coca-Cola Company associates, spouses, and retirees that enhance health and productivity"

Fonte: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service (19939

Repare-se que, mais uma vez, a PST aparece desarticulada da SH&ST e da melhoria do ambiente psicossocial de trabalho, limitando-se as “environment changes” (sic) a factores que não têm a ver directamente com o trabalho, as suas condições, o seu conteúdo e a sua organização (por ex., restrição das áreas de fumo, instalações para a prática de exercício físico).

Mas o *wellness program* mais famoso e talvez mais estudado era o da Johnson & Johnson, iniciado em 1979 e logo registado como marca comercial: *Live for Life*® (Wilbur 1983; Wilbur e Gardner, 1984; Bly *et al.*, 1986; Wilbur *et al.*, 1986; Breslow *et al.*, 1990; Holzbach *et al.*, 1990). Em finais de 1984, encontrava-se já disponível para mais de 25 mil empregados desta conhecida multinacional, repartidos por 43 estabelecimentos nos EUA, Porto Rico, Canadá e Europa.

#### 2.6.1.3.2. *Live for Life*® da Johnson & Johnson

Segundo Wilbur *et al.* (1986: 340), “it is specifically designed to improve employee health by encouraging healthful lifestyles”. A longo prazo, o objectivo deste *comprehensive program* era (i) conter os custos com os cuidados de saúde. A curto e médio prazo, os seus objectivos incluíam (ii) melhorias na qualidade de vida, no desempenho e nas atitudes dos trabalhadores da Johnson & Johnson.

Ao grande investimento feito neste programa não seriam estranhas, também, as preocupações desta multinacional com a sua imagem de marca. O mesmo se poderia dizer, aliás, de outras conhecidas multinacionais como a Coca-Cola, a Pepsico, a Ford, a General Motor, a Apple Computer ou a American Express. Em termos de *marketing*, o programa *Live for Life*® era apresentando como estando “in the business of selling health to essentially healthy people” (Wilbur *et al.*, 1986: 349).

*Live for Life*® era um típico *kit* pronto a servir, concebido e desenvolvido por especialistas. A sua implementação também seguia uma metodologia própria, incluindo a sua avaliação sistemática e cientificamente apoiada. Aliás, em matéria de avaliação de eficácia e eficiência dos programas a Johnson & Johnson também foi pioneira (Canada. Health Canada, 1996?: 17-18).

O empenhamento da gestão de topo de cada estabelecimento ou empresa do grupo, dentro ou fora dos EUA, era considerada uma condição indispensável para o seu sucesso, tal como a existência de um coordenador central com funções de *marketing*, apoio e avaliação.

De qualquer modo, a concepção e a organização do programa são claramente *topdown* (de cima para baixo), não se prevendo a participação dos trabalhadores nas várias fases do processo, a não ser na implementação dos programas específicos: mas neste caso, a *employee participation* (sic) significava apenas *compliance*, indispensável ao *lifestyle change*.

Dentro do grupo Johnson & Johnson, havia um (i) *small corporate staff* que tinha a responsabilidade máxima pela gestão estratégica do programa (incluindo a sua concepção e avaliação), para além de prestar a assistência técnica e o apoio metodológico a cada uma das empresas ou estabelecimentos envolvidos. A nível local havia depois um (ii) *program coordinator*, voluntário, sem quaisquer responsabilidades a nível de gestão, mas que fazia a

ligação com a direcção ou administração e assegurava o êxito da implementação do programa.

Em linhas gerais, o programa-tipo que era oferecido aos trabalhadores de cada empresa ou estabelecimento dentro ou fora dos EUA começava com (i) um *exame global de saúde* (“health screen”), de cerca de uma hora de duração. Incluía avaliação de parâmetros *biométricos, psicométricos e comportamentais*. Os participantes, que eram voluntários, recebiam depois o respectivo *lifestyles profile*. O programa continuava com (ii) um *seminário sobre estilos de vida*, de cerca de três horas, efectuado no local e tempo de trabalho, e dirigido a grupos de cerca de 50 empregados. A partir daqui, cada participante tinha ao seu dispor (iii) um vasto reportório de *programas específicos*.

No essencial, tratava-se de programas de ensino/aprendizagem em grupo, de duração variável (4 a 12 sessões), visando a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos com implicações na saúde. Por ex., a (i) *gestão do stresse* era um programa de oito sessões, “designed to teach basic mental and physical relaxation skills”; o programa de (ii) *actividade física* consistia em doze semanas de ginástica aeróbica; o (iii) *personal power* era um programa de 12 sessões “to teach employees how to manage stress through improved personal assertiveness”, e por aí fora (Wilbur *et al.*, 1986).

É esperado que a empresa (ou estabelecimento) fizesse, por seu turno, alguns “environment improvements in key health and lifestyle areas”, tais como: (i) disponibilidade de instalações e equipamentos para a prática do *fitness*; (ii) disponibilidade de *alimentos e bebidas saudáveis* no restaurante, cafetaria e nas máquinas de venda automática; (iii) fornecimento de *kits* para a automedicação da tensão arterial; (iv) criação de EAP “to provide professional treatment and referral services to troubled employees”; (v) aprovação de uma política no domínio do *tabaco*; e (vi) atribuição de *prémios e outros incentivos* para a participação no programa *Live for Life*®.

Tirando o horário flexível, não vejo mais nenhuma sugestão no sentido de introduzir melhorias no ambiente físico e psicossocial de trabalho. Em resumo, no curto e médio prazo a estratégia global era “to surround the employee with *information and incentives* to spur healthier lifestyles”. A longo termo, pretendia-se “to create a *corporate culture thoroughly supportive of good health practices*” (Wilbur *et al.*, 1986: 344).

Com base nesta experiência pioneira, a Johnson & Johnson Health Care Systems Inc acabaria por criar a sua própria empresa de consultadoria em *health & fitness services* (<http://www.jjhcshealth-fitness.com/>), numa perspectiva claramente orientada para o “health management benchmarking and strategic development”.

#### 2.6.1.4. Um contexto favorável

O conceito de saúde é hoje entendido numa perspectiva holística, de acordo com a Constituição da OMS, assinada em 1946: a saúde não é apenas (i) a ausência de doença, enfermidade, deficiência ou lesão; é sobretudo (ii) o estado do mais completo bem-estar físico, mental, psíquico, espiritual e social a que podem aspirar os indivíduos num dado tempo e espaço históricos (WHO, 1998).

A possibilidade de existir um tal estado de completo bem-estar (físico, mental e social), é apenas teórica. Nessa medida, a OMS tem sido acusada de *healthism*, ao transformar a saúde num meta ideal a atingir. Mais: há quem veja neste conceito tão englobante de saúde um risco de *medicalização* generalizada de todas as esferas da acção humana (Chauvenet, 1978).

Este conceito de saúde marcou historicamente uma ruptura em relação à velha noção de *arte de curar*. É hoje associado ao chamado paradigma psicossocial, socioecológico, *salutogénico* (ênfase nos factores determinantes da saúde), por contraposição ao paradigma positivista, biomédico, organicista, etiológico, *patogénico* e sobretudo iatrocêntrico que herdámos do Sec. XIX (ênfase nas causas específicas de doença) (Breslow, 1972; Engel, 1977; Ahmed *et al.*, 1979; Idler, 1979; WHO, 1984; Nutbeam, 1986; Dejours, 1980, 1985 e 1995; Arnetz, 1996; WHO, 1998).

É, no entanto, difícil de operacionalizar. Mas a protecção e a promoção da saúde exigem a construção e a utilização de indicadores positivos de saúde em lugar dos tradicionais e grosseiros indicadores de morbimortalidade, baseados na nosografia médica. Este é claramente um problema de construção social contra o qual esbarra o paradigma dominante, resultante da forte cultura médica que marcou os últimos cem anos. Citando Dejours (1980: 5), « parler de la santé est toujours malaisé. Évoquer la souffrance et la maladie est, en revanche, plus facile: tout le monde le fait. Comme si, à l'instar de Dante, chacun portait en lui assez d'expérience pour d'écrire l'enfer et jamais de paradis ».

Nos Estados Unidos, a saúde total é entendida em termos de *wellness*, com as suas diferentes dimensões: física, mental, emocional, psicológica, espiritual, profissional e social. O *wellness* faz parte do *continuum* Wellness ↔ Health ↔ Disease ↔ Death (Travis, 1988).

Na sociedade emergente a que chamamos a sociedade do conhecimento e no contexto da economia global, esta abordagem tende também a ser vista como uma oportunidade de negócios. Por exemplo, nos Estados Unidos a chamada *wellness industry* (v.g., *health clubs*, *fitness centers*, distribuição de produtos vitamínicos, restauração saudável) poderá atingir até 2010 o mítico patamar dos *one trillion dollars* (os mais de duzentos mil milhões de contos que hoje são gastos pelos americanos com o “health care”, os cuidados médicos e hospitalares).

Igual importância (equivalente a uma sétimo da economia!) é representada pela indústria alimentar, em grande parte responsável pelo facto de quase metade da população americana ter excesso de peso e sérios problemas de saúde. Segundo o economista Paul Zane Pilzer (*The wellness revolution: How to make a fortune in the next trillion dollar industry*), entre estes dois gigantes (a *food industry* e a *health care or sickness industry*), estaria já emergir um terceiro colosso, a *wellness industry*.

A *wellness industry*, que hoje já vale 200 mil milhões de dólares, seria (i) a mega-indústria do Séc. XXI, tal como o foram (ii) o automóvel a partir década de 1910 e (iii) o PC e a Internet nas duas últimas décadas. A *wellness industry* é o conjunto das empresas e demais organizações ligadas à protecção e promoção da saúde, entendida esta na perspectiva salutogénica, holística e integrada. As oportunidades que este sector emergente representa para a iniciativa privada poderão eclipsar as mais optimistas expectativas geradas pela expansão da Internet. Essas oportunidades de negócio estariam sobretudo no (i) sector da distribuição de produtos e na (ii) oferta de serviços ligados ao *wellness*.

Há muito que P. Pilzer, autor de vários *best-sellers*, tem vindo a defender a ideia de que, em termos de oportunidades de negócio, acabou a era da indústria transformadora e começou a era da “distribuição intelectual”. Esta seria diferente da simples distribuição física de bens ou produtos, tendo sobretudo a ver com o conhecimento de novos produtos ou serviços cuja existência o consumidor até então ignorava. A Amazon.com seria um exemplo de “distribuição intelectual”, um conceito completamente novo na área da distribuição livreira: o

que se vende não é tanto um produto físico, mas o conhecimento sobre esse produto (Pilzer, 2001 e 2003).

A *welness industry* teria como suporte, sociologicamente falando, a maioria relativa dos trabalhadores, consumidores e cidadãos dos países pós-modernos, cujas atitudes, representações, valores e comportamentos estão a sofrer uma lenta mas radical mudança de paradigma, do modelo patogénico para o modelo salutogénico. Basta referir, a nível do consumo, a crescente preocupação com a segurança alimentar ou o declínio do hábito de fumar, mas também a expansão dos seguros de saúde, a procura de *health clubs* e *fitness centers*, o aumento da literacia em matéria de saúde, etc. Por outro lado, estas tendências, reveladores de uma crescente preocupação com a qualidade de vida, só são possíveis devido ao aumento espectacular da esperança de vida ao longo do Séc. XX. Hoje as pessoas querem continuar a viver mais anos mas com o máximo possível de qualidade.

Na América, esta tendência é suportada pela geração dos *baby boomers*, que terão agora entre os 37 e os 55 (30% da população, representando 50% do PIB). A tendência nacional *to get fit, look good, eat well, and not smoke* faz parte da cultura da *health & fitness*, que é a da geração dos *baby-boomers*, em contraposição à cultura da doença, que era a dos seus progenitores (Conrad, 1988; O'Donnell, 1996; Ransford e Palisi, 1966).

Por outro lado, importa registar a emergência, em meados dos anos 60, de novo modelo etiológico ou teoria explicativa da saúde/doença, o *lifestyle-risk factor*, na sequência do famoso estudo epidemiológico que abrangeu a população residente do Condado de Alameda, na Califórnia (n=6928) (Human Population Laboratory, 1966; Belloc e Breslow, 1972; Berkam e Breslow, 1983).

O estudo associou hábitos de saúde e longevidade: (i) dormir diariamente 7 a 8 horas; (ii) tomar habitualmente o pequeno-almoço; (iii) nunca ou raramente comer entre as refeições; (iv) ter o peso adequado (ajustado à altura e ao sexo); (v) manter uma actividade física regular; (vi) nunca fumar; e (vii) não consumir álcool (ou beber moderadamente). Estas práticas de saúde (a que se juntou mais tarde o uso de cinto de segurança automóvel) foram rapidamente incorporadas nos programas de PST (Kronenfeld *et al.*, 1988; Donaldson e Blanchard, 1995).

Outros documentos de referência fundamentaram e popularizaram este novo modelo etiológico, sendo hoje considerados como marcos de referência na história da saúde pública. Cite-se, por exemplo, (i) nos EUA, dois relatórios do *Surgeon General*, o relatório de 1964 sobre *Smoking and Health*, e o de 1979, *Healthy People*; (ii) no Canadá, o relatório Lalonde (*A new perspective on the health of Canadians*, 1974) (Canada. Department of Health and Welfare, 1974; U.S. Department of Health and Human Services, 1979 e 1989).

No entanto, a liderança da WHIP continuaria do lado da *Corporate America* e não propriamente dos serviços de saúde pública, não obstante o local de trabalho já figurar no *Healthy People 2000* como uma das 22 áreas prioritárias (a da SH&ST com 20 objectivos específicos, num total de 300) (U.S. Department of Health and Human Services, 1990).

#### 2.6.1.5. Ética e saúde no local de trabalho

A introdução dos *employee assistance programs*, dos *welness programs* e, mais tarde, das *drug screening initiatives*, veio trazer novos elementos para o velho debate sobre a ética e a saúde no local de trabalho. Até então havia, nos EUA, uma clara fronteira entre a esfera profissional e

a esfera da vida privada. Essa fronteira acabou por diluir-se, podendo falar-se de uma *new corporate health ethic* por oposição à *old corporate health ethic*. Esta última estava ligada ao reconhecimento da medicina do trabalho e à extensão da protecção social dos trabalhadores, com o *New Deal*: “From the 1920s on, the gradual growth of industrial health programs in large corporations institutionalized a corporate medical presence in the workplace and established *occupational medicine* as a recognized speciality. Programs were developed to screen for disease and to identify and treat alcohol-abusing employees. *Insurance coverage for medical care* was attached to the employment relationship. As the employee health programs took shape, they developed a largely implicit but clearly circumscribed jurisdiction. *Occupational health programs would address only problems associated directly with work* – problems that either emanated from job exposures or affect work performance. A crucial distinction was thus made between *health on and off the job*, and a line was clearly drawn between *work and private life*” (Conrad e Walsh, 1992: 89. Itálicos meus).

A promoção da saúde veio introduzir, claramente, um elemento de perturbação na relação trabalho/saúde e levantar a questão do *locus* de controlo e do *empowerment*. Segundo Green (1988: 478), “workplace wellness programs typically deal only with factors which have *no direct relation to work* and which *are intrapersonal in nature*, such as diet and smoking”. Mas igualmente importantes são os “*institutional factors* specific to the individual’s role as a worker: the *physical work environment* (generally addressed by occupational health and safety professionals) and the *psychosocial work environment*, referring to such aspects as the degree of control over work, time pressure, and routinization (which is only beginning to be studied in the United States)”. Há ainda que ter em linha de conta os “social factors, referring to *laws and regulations*”, os quais pode, ter também “a significant impact on health through their effects at the institutional level”.

Os factores determinantes da saúde dos trabalhadores podem ser resumidos numa matriz de acordo com o *grau de controlo* que sobre eles exercem as duas partes em presença – o trabalhador e o empregador (*Figura II.4*):

- No quadrante I, figuram os factores que requerem *o envolvimento de ambas as partes*: por ex., a distribuição, pelo empregador, e a correcta utilização, pelo trabalhador, do equipamento de protecção individual (EPI), incluindo a informação e a formação necessárias para a sua utilização, mas também a respectiva manutenção;
- O quadrante II inclui, por sua vez, *variáveis intrapessoais* sobre as quais o empregador pode legitimamente exercer controlo mas só na medida em que estejam directamente relacionadas com o desempenho no trabalho (por ex., proibição de fumar ou de ingerir bebidas alcoólicas no tempo e local de trabalho); em contrapartida, os trabalhadores têm, em geral, um alto nível de controlo sobre estas variáveis, sem que todavia se possa ignorar ou escamotear o peso que têm outros factores, nomeadamente de natureza económica e sociocultural, nos conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida e a saúde do indivíduo;
- O quadrante III representa o pólo oposto do quadrante II, na medida em que o controlo do sistema técnico e organizacional do trabalho é (e continua a ser) uma prerrogativa da gestão, embora o seu *design* possa eventualmente ser influenciado pelos trabalhadores e seus representantes; a este propósito veja-se o exemplo de países como a Itália (Bagnara *et al.*, 1981; Oddonne *et al.*, 1984) ou a Suécia (Navarro, 1984);

- Finalmente, no quadrante IV estão agrupados todos os demais factores que estão fora do controlo de ambas as partes, desde a biologia humana até à envolvente socioeconómica da empresa e do trabalhador.

Figura II.4 — Factores endógenos e exógenos que influenciam a saúde no trabalho, por locus de controlo

Locus de controlo		EMPREGADOR	
		Alto	Baixo
T R A B A L H A D O R	A	✓ Práticas de trabalho	✓ Comportamentos, hábitos, atitudes, crenças, valores no domínio da saúde etc.
	I t o	✓ Cumprimento das normas de SH&ST, incluindo a utilização do EPI e a respectiva manutenção, etc.	
B A L H A D O R	B	✓ Ambiente de trabalho físico e psicossocial (conteúdo, organização e demais condições de trabalho)	✓ Biologia/genética
	D i x o	✓ Política e sistema de SH&ST na empresa, etc.	✓ Susceptibilidade individual à doença ✓ Estado de saúde ✓ História de vida ✓ Condições de vida ✓ Matriz sociocultural ✓ Envolvente socioeconómica da empresa, etc.

Fonte: Adapt. de Green (1988: 475)

A questão da *responsabilidade pela saúde no local de trabalho* pode (e deve) ser vista de acordo com o *locus* de controlo. A legislação sobre SH&ST nos EUA (cuja origem remonta a 1970) atribui ao empregador, como principal obrigação, a de garantir um ambiente de trabalho saudável e seguro (*Quadrante III*), para além do dever de cooperar com os trabalhadores e seus representantes em todas as matérias que exijam um esforço conjunto (*Quadrante I*).

Em contrapartida, a preocupação dos trabalhadores deve ser centrada nos seus comportamentos relacionados com a saúde, dentro e fora do local de trabalho (*Quadrante II*); por outras palavras, “they should not be held accountable for health problems arising from factors in the work environment which are beyond their control” (Green, 1988: 476).

Ora, uma das críticas que, na década de 1980, era dirigida à PST (incluindo os EAP) era a de que ela corria o risco de fazer diluir a atenção e a responsabilidade das empresas em relação à *protecção da saúde dos trabalhadores*, uma obrigação patronal decorrente do *Occupational Health and Safety Act of 1970*.

Voltando a citar Green (1988: 476), “two of the health-related programs which employers frequently provide – workplace health promotion and employee assistance programs, or EAPs – are noticeably absent from this schema, because they represent the involvement of management in an area over which it lacks control (Quadrant 2) and therefore responsibility”. Tal não quer dizer que tanto a WHIP como os EAP não constituam um



benefício potencial tanto para os trabalhadores como para a empresa. O que seria desejável é que tais programas fossem concebidos, planeados, implementados e avaliados segundo uma *perspectiva integrada e participativa* (Castillo-Salgado, 1984; Wynne, 1998).

De acordo com as observações críticas de Conrad (1988: 487), “wellness advocates shift attention *from the environment to the individual*. They put very little energy into modifying the work environment and generally have ignored the health effects of working conditions”. Além disso, há sempre o risco de as empresas se tornarem “*more coercive* about promoting health and, for example, make *wellness a condition of employment*. This could lead to new and subtle discriminations on the basis of health” (Itálicos meus).

Conrad e Walsh (1992: 105) postulam a tese da *new corporate health ethic*: mais do que reduzir os custos com a saúde, o que estaria em jogo seria o controlo da produtividade, “by *shaping values and attitudes* of employees toward lifestyle and indirectly toward work *through a culture that rewards fitness, striving and strength, and invariably breeds intolerance for signs of weakness*” (Itálicos meus).

A prevalência e sobretudo a natureza das EAP, nos anos oitenta, seriam já um claro sinal da crise da “old corporate health ethic” e da intromissão do controlo da gestão na esfera da vida privada e familiar: “(...) The close connection between performance and the company’s intervention had been broken by the *new emphasis on self-referral into EAPs*. Employees who voluntarily sought the assistance of an EAP for help with personal or family problems could not be singled out for unacceptable job performance. The *old link* between alcohol or drug abused and tardiness, absenteeism, accidents, and shoddy workmanship has been generalized into a *diffuse concern on the part of corporate employers* with ways in which their employees’ personal lives might eventually compromise productivity and performance” (Conrad e Walsh, 1992: 94).

De qualquer modo, uma das menos desenvolvidas potencialidades da WHP tem sido justamente a mudança da *corporate culture*, não obstante o discurso (ideológico) dos promotores de saúde. Há dez anos atrás, Conrad (1987: 257) constatava que “very rarely, however, have proposed wellness interventions in the corporate culture included alterations in work organization, such as stressful management styles or the content of boring work, or even shop floor noise”.

Finalmente, Alexander (1988: 560) vê a emergência do discurso sobre a WHP no contexto das tentativas do Estado e da maioria das empresas “to curtail their share of the social wage” como parte de uma estratégia para resolver os problemas da produtividade e da competitividade. Mais concretamente, o autor procura pôr em evidência a dominância de um *discurso do risco como construção ideológica*, através da análise de três exemplos: (i) a construção ideológica dos *custos com os cuidados de saúde* e do seu crescimento exponencial, imputados a uma procura crescente e a uma sobre-utilização por parte dos trabalhadores e suas famílias; (ii) a construção ideológica da *etiologia da doença como risco individual*; e, finalmente, (iii) a construção ideológica da *promoção da saúde como actividade empresarial*.

Nos EUA, a saúde tornou-se um poderoso *enjeu* não apenas ideológico, político e social como sobretudo económico. Seguradoras, empresas da *wellness industry*, médicos e consultores de saúde (o complexo *Business & Health*) estariam a vender habilmente aos gestores das empresas um tipo particular de conhecimento teórico sobre a etiologia da doença (o modelo epidemiológico) e a levá-los a ligar o “health risk” ao “corporate risk

management”, através aplicação das técnicas de “risk assessment” ao local de trabalho (Alexander, 1988: 565).

### 2.6.2. O papel da Organização Mundial de Saúde

A primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, realizada em Ottawa, em 1986, tem justamente como subtítulo: “the move towards a new public health” (WHO; Health and Welfare Canada; Canadian Public Health Association, 1986). O termo *nova saúde pública* é muitas vezes atribuído ao ministro da saúde do Canadá, M. Lalonde, e ao seu famoso e pioneiro relatório, *A new perspective of the health of Canadians* (Canada. Department of Health and Social Welfare, 1974).

A expressão passa a ser usada para designar programas de âmbito nacional no domínio da *prevenção da doença e da promoção da saúde* em que surgem preocupações inteiramente novas por parte das autoridades sanitárias: por ex., os novos riscos para a saúde das populações, a crescente prevalência das doenças crónicas, o controlo dos custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, o custo/eficácia dos serviços de saúde públicos, a qualidade dos cuidados, a cooperação intersectorial em saúde ou a participação comunitária.

O termo surge, de resto, num contexto que é marcado pela crise económica dos meados dos anos 70, pela explosão dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, pela crítica do paradigma biomédico e do modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico de prestação de cuidados, incluindo a iatrogenese médica, a desumanização e a despersonalização dos cuidados, a medicina defensiva, etc. O sector da saúde é obrigado a preocupar-se cada vez mais com a fundamentação científica e a legitimação social das suas políticas e programas, ao mesmo tempo que nos hospitais e demais serviços de saúde se começam a sentir o efeito das políticas de racionalização económica, financeira e organizacional.

Na realidade, só a partir da década de 1970 é que passámos a ter um melhor conhecimento dos meios de prevenção da doença (e nomeadamente das doenças não-transmissíveis), a pôr mais ênfase na protecção e promoção da saúde, na responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde a par da participação das comunidades e da cooperação intersectorial. É a época do conceito dos *cuidados de saúde primário*, consagrados em 1978 em Alma-Ata (WHO, 1978).

Os problemas de *equidade em saúde* são, por seu turno, um tema recorrente no final dos anos 70 e princípios dos anos 80, enquanto os sistemas de protecção social que herdámos do pós-guerra começam a evidenciar sinais de ruptura. O desemprego torna-se um problema sério, a par da nova pobreza e de outras formas de exclusão social.

Na Região da Europa, a OMS começa a interessar-se pela promoção da saúde, não só em termos de desenvolvimento teórico como de planeamento e desenvolvimento de programas. Em 1984, um grupo de trabalho da OMS define a promoção da saúde como o processo que habilita as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la (“the process of enabling people to increase control over, and to improve their health”) (WHO, 1984).

Mais importante, o conceito é explicitado através de cinco princípios fundamentais, decorrentes da *concepção socioecológica e psicossocial* da saúde: (i) “health promotion involves the population as a whole in the context of their everyday life, rather than focusing on people at risk

for specific diseases”; (ii) “(...) is *directed towards action* on the determinants and causes of health”; (iii) “(...) *combines diverse, but complementary methods or approaches*, including communication, education, legislation, organisational change and community development”; (iv) “(...) *aims particularly at effective and concrete public participation*”; e, por fim, (v) “(...) is *basically an activity in the social, political and welfare fields, and not primarily a medical activity*”.

Nos últimos vinte anos aumentou o interesse científico, profissional e político sobre a promoção da saúde, traduzido numa já vasta literatura sobre o seu conceito, princípios e metodologia. Praticamente, todos os países europeus adoptam hoje como principal objectivo a atingir pelos seus sistemas e políticas de saúde *a promoção da saúde*, um termo que de repente se banalizou, mas que teve, pelo menos, o mérito de deslocar o enfoque das questões de saúde, até então muito centradas na doença, na prestação de cuidados médicos e, portanto, no protagonismo da medicina e dos serviços de saúde.

## 2.6.3. União Europeia

### 2.6.3.1. Um projecto pioneiro

O termo WHP chegou à Europa não tanto por via das multinacionais norte-americanas, com sobretudo com a (i) popularização do conceito de promoção da saúde através da Carta de Otava (WHO, 1984; Nutbeam, 1986; WHO *et al.*, 1986; Anderson, 1987) e com a (ii) nova política comunitária para a área da saúde e segurança no trabalho, consubstanciada na Directiva 89/391/CEE (*Medidas Destinadas a Promover a Melhoria da Segurança e da Saúde dos Trabalhadores no Trabalho*).

Por comparação com a América do norte, pode dizer-se que a conceptualização da promoção da saúde no trabalho é mais recente (Wynne e Clarkin, 1992; Wynne, 1998; Breucker e Schröder, 1996; Breucker *et al.*, 1998).

No âmbito do projecto *Innovative workplace action for health* (1989-1993), a cargo da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Wynne, 1989), foi realizado um inquérito por questionário postal a uma amostra de mais de 1400 empresas de sete países da então CEE, para (i) identificar e descrever o tipo de programas e actividades de saúde que estavam a ser levadas a cabo nos locais de trabalho e, ao mesmo tempo, para (ii) saber até que ponto eram postas em prática com a preocupação de melhorar a saúde dos trabalhadores.

Pretendia-se ainda (iii) identificar obstáculos e oportunidades para a prevenção da doença e a promoção da saúde no trabalho, bem como (iv) as razões que levavam os empregadores a investir na saúde e os benefícios que daí decorriam para a empresa e para os trabalhadores.

Adicionalmente foram feitos cerca de 40 estudos de casos em empresas com experiências inovadoras neste domínio como potenciais exemplos de boas práticas. Portugal só foi incluído na segunda fase do projecto (Graça e Faria, 1992).

O conceito de *workplace health action* (abreviadamente, WHA), sinónimo de WHP, foi assim operacionalizado pela equipa de projecto (Wynne, 1989): WHA “can be *applied across all groups in the workforce*” (i); “*is directed at the underlying causes of ill health*” (ii); “*combines diverse methods of approach*” (iii); “*aims at effective worker participation*” (iv); e, por fim, *is not primarily a medical activity, but should be part of work organisation and working conditions*” (v).

Nesta acepção, o termo promoção da saúde integra o de prevenção da doença mas é decididamente mais rico em termos semânticos e conceptuais (Stachtchenko e Jenicek, 1990; Ingrosso, 1993; ): (i) etimologicamente, prevenir vem do latim *prae-venire* (ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar): utilizando uma metáfora, poderíamos dizer que prevenir é “viajar em auto-estrada”; (ii) por sua vez, promover vem do latim *pro-movere*: ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém): a metáfora correspondente é “escalar o cume de uma montanha”.

Quadro II. 14 — Programas ou actividades de saúde mais frequentes ( : 50%) levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)

Programas ou actividades mais frequentes	Tipo	%	Índice de Saúde (a)
Equipamento de protecção individual	A	80	87
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos	A	76	86
Melhoria da iluminação	A	76	84
Melhoria da ventilação	A	76	85
Melhoria do sistema de aquecimento /climatização	A	74	84
Redução do ruído	A	68	86
Reestruturação do espaço interior	A	57	83
Flexibilização do tempo de trabalho (v.g., pausas, horários, férias)	D	56	67
Controlo de substâncias tóxicas	A	56	83
Formação e treino em comportamento organizacional / Gestão de recursos humanos	D	55	68
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	A	54	82
Vigilância médica periódica /Todo o pessoal	B	51	78

A= Segurança & Higiene no trabalho; B= Avaliação de saúde/vigilância médica C= Estilos de vida saudáveis; D=Intervenções organizacionais; E= Programas sociais e de bem estar

(a) Escala: de 0 a 100 Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

O grupo de investigadores identificaram previamente 30 actividades diferentes (WHA), vistas como podendo ter alguma influência ou impacto na saúde dos trabalhadores. Foram depois agrupadas em cinco grandes áreas (Wynne, 1990; Wynne e Clarkin, 1992): (i) *Higiene e Segurança no Trabalho*, tradicionalmente mais orientadas para o ambiente físico de trabalho (por ex., ventilação, climatização, ruído); (ii) *Exames de avaliação de saúde (health screening)*, incluindo a vigilância médica periódica de todo pessoal, dos quadros e de grupos de risco; (iii) *Prevenção de comportamentos de risco* (por ex., consumo de álcool e de tabaco) / *Promoção de estilos de vida saudáveis* (por ex., nutrição, actividade física); (iv) *Intervenções organizacionais* (por ex., reorganização do trabalho, horários flexíveis); (v) *Programas sociais e de bem estar (social and welfare services)*. Para uma mais fácil identificação, estas cinco áreas de actividades podem ser classificadas de acordo com as cinco primeiras letras do alfabeto (A, B, C, D, E) (Quadro II.14).

Fazia-se, no entanto, uma distinção entre (i) acções desenvolvidas com o principal objectivo de prevenir os riscos profissionais e/ou de promover a saúde, dirigidas tanto ao indivíduo como ao ambiente de trabalho (por ex., insonorização de uma oficina, exercício físico, educação nutricional, automatização ou robotização de operações perigosas, repetitivas ou monótonas); e (ii) acções que, podendo contribuir, directa ou indirectamente, para a melhoria da saúde dos trabalhadores, eram prioritariamente realizadas por imperativos de racionalidade técnica ou económica (por ex., reestruturação do *layout* de produção, introdução de novos métodos de gestão, gestão da qualidade total).

O trabalho de campo decorreu durante o ano de 1991. Responderam ao questionário 1451 empresas de sete países comunitários (Alemanha, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Reino Unido), as quais eram maioritariamente do sector privado (75%), de propriedade nacional (73%) e de média dimensão (entre 100 a 500 trabalhadores) (53%).

As actividades e programas mais frequentes era então predominantemente as de tipo A (*Higiene e Segurança no Trabalho*): equipamento de protecção individual, protecção colectiva de máquinas e equipamentos, melhoria de certos parâmetros do ambiente físico do trabalho (v.g., ventilação, iluminação, climatização, ruído, espaço de trabalho), controlo de substâncias tóxicas ou perigosas (*Quadro II.14*). Mesmo assim nem sempre estes programas ou actividades eram motivados por preocupações exclusivas com a saúde dos trabalhadores, já que o seu índice de saúde era sempre inferior a 100, numa escala de 0 (mínimo) a 100 (Máximo).

Mais de 50% das empresas da amostra realizavam *exames de vigilância médica periódica* (B), dirigidos a toda a população e não apenas a certos grupos de risco. Todavia, o índice de saúde deste item era apenas de 78, o que significava que a preocupação com a saúde do pessoal não era então a única e exclusiva razão que levava as empresas europeias a planear e implementar este tipo de actividades com grande tradição na medicina do trabalho e, em muitos casos, impostas pela legislação e regulamentação no domínio da SH&ST.

As duas únicas actividades de tipo D (*Intervenções organizacionais*), referidas por 50% ou mais da amostra, eram a *flexibilização do tempo de trabalho* (pausas, horários, férias) e a *formação e treino em comportamento organizacional e em gestão de recursos humanos*. O respectivo índice de saúde era, todavia, mais baixo do que os restantes itens. Em contrapartida, de entre as actividades e programas menos frequentes figuravam as de tipo C (*Estilos de vida saudáveis*) e E (*Programas sociais e de bem estar*), embora em geral apresentassem índices de saúde mais elevados (*Quadro II.15*).

Quadro II.15 — Programas ou actividades de saúde menos frequentes < 50%, levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)

Programas ou actividades menos frequentes	Tipo	%	Índice de saúde (a)
Actividade física / <i>fitness</i>	C	10	81
Gestão do stresse	E	11	88
Programas de apoio / auto-ajuda (v.g., <i>Alcoólicos Anónimos</i> )	E	16	89
Infra-estruturas desportivas	C	23	79
Reorganização do trabalho por turnos	D	24	74
Programas sociais e comunitários	E	25	71
Prevenção e controlo do álcool / droga	C	28	82
Aconselhamento / apoio (por ex., psicólogo)	E	30	89
Programas de assistência social/ <i>welfare</i>	E	31	73
Política no domínio do tabaco	C	37	81
Política de alimentação saudável	C	37	80
Reestruturação do posto de trabalho	D	39	83
Informação/educação para a saúde	C	40	85
Vigilância médica periódica / Quadros	B	45	76
Vigilância médica periódica / Grupos de risco	B	46	86
Automatização de operações perigosas	A	47	88
Reestruturação da organização do trabalho	D	47	75
Instalações para o pessoal (v.g., sala de repouso e de convívio)	E	47	73

(a) Escala: De 0 a 100

Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

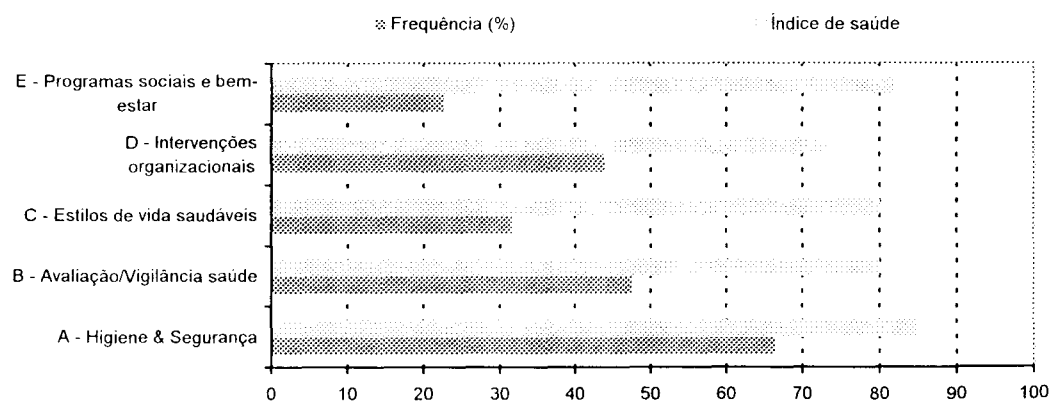
Das empresas inquiridas apenas 10% tinham programas de *actividade física ou fitness*, não obstante 23% referirem a existência de *infra-estruturas desportivas*. Uma percentagem maior tinha em curso programas de *prevenção e controlo do álcool e/ou da droga* (28%), uma *política no domínio do tabaco* (37%) e uma *política de nutrição* (37%). Finalmente, apenas 40% desenvolviam actividades ou programas de *informação e educação para a saúde*.

Quanto ao índice de saúde deste tipo de programas, mais orientados para a promoção de estilos de vida saudáveis (tipo C), ele era em média superior a 80, contrariamente aos programas de tipo D (*Intervenções organizacionais*) cujo índice de saúde estava abaixo dos 80. Por exemplo, a *reorganização do trabalho por turnos* tinha um índice 75 e a *reestruturação da organização do trabalho*, 73, o que significava que nem sempre as oportunidades para melhorar o ambiente psicossocial de trabalho, através da modernização tecnológica e organizacional, eram aproveitadas também para melhorar a saúde e o bem-estar da população trabalhadora.

Quanto às actividades de tipo E (*Programas sociais e de bem-estar*), refira-se na lista das menos frequentes a *gestão do stresse* (11%) e os *programas de apoio ou de auto-ajuda* (v.g., Alcoólicos Anónimos) (16%). Em todo o caso, havia 30% das empresas com pessoal técnico qualificado que fazia *aconselhamento* ou dava um algum tipo de *apoio não-clínico* (por ex., psicólogos, técnicos de serviço social).

Em suma, na amostra de empresas dos sete países comunitários onde foi aplicado, em 1991, o inquérito por questionário, as actividades e programas de saúde no trabalho, mais frequentes e apresentando um maior índice de saúde, ainda eram as de tipo tradicional, ligadas à *segurança e higiene do trabalho* (A) e à *medicina do trabalho* (B). Contrariamente ao que se passava nos EUA, as actividades e programas de tipo C (*Promoção de estilos de vida saudáveis*), ainda eram claramente as menos frequentes (*Figura II.5*).

Figura II.5 — Frequência (%) e índice de saúde (base: 100) de tipos de programas e actividades de saúde, levadas a cabo pelas empresas europeias (n=1451)



Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

### 2.6.3.2. Portugal

Apresentam-se, a seguir, alguns dados extraídos de quatro estudos de caso portugueses sobre políticas de saúde no trabalho. Esses estudos de caso dizem respeito, respectivamente, a uma empresa mineira (A), uma autarquia local (B), um estabelecimento fabril de uma multinacional da UE do sector eléctrico e electrónico (C) e uma instituição bancária, ligada a uma associação mutualista (D). No *Quadro II.16* faz-se uma rápida caracterização destas empresas.

As quatro organizações diferiam entre si não só pela sua sociodemografia como pelas suas características técnicas e organizacionais. Havia, no entanto, alguns traços em comum, relativamente ao seu sistema de gestão da SH&ST, a saber: (i) uma *política escrita ou explícita* de SH&ST e um *plano de actividades*, anual (A, B, D) ou bi-anual (C); (ii) um *orçamento específico* de SH&ST (excepto no caso C); (iii) uma *equipa de profissionais de SH&ST* (embora variável na sua composição, número dos seus elementos e número de horas de trabalho); (iv) a existência de *serviços internos* de SH&ST, mais integrados no Caso B do que nos restantes (e no caso D, apenas *serviços de saúde/medicina do trabalho*); (v) a existência de *encargos com a SH&ST* muito acima da média da generalidade das empresas portuguesas, com a excepção do caso D; e, por fim, (vi) a existência de *formas de participação* dos trabalhadores.

Quadro II. 16 — Quatro estudos de casos portugueses: Alguns elementos de caracterização (1997)

Caso	A	B	C	D
Sector de actividade (CAE-Rev. 2)	Ind. Extract. (C)	Administ. (L)	Ind. transf (D)	Activ. Financ. (J)
Forma jurídica	Sociedade anónima	Organ. Público Aut.	Sociedade anónima	Mutualidade
Volume de emprego	1075	1417	399	1916
Política escrita de SH&ST	Sim	Sim	Sim	Sim
Plano anual de actividades	Sim	Sim	Sim	Sim
Orçamento específico de SH&ST	Sim	Sim	Não	Sim
Serviço interno de SH&ST	Sim	Sim	Sim	Sim
Comissão paritária de SH&ST	Sim	Sim	Não	Sim
Formas de participação directas	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Graça (1999 a, 1999b, 1999c, 1999d)

Se bem que estas quatro empresas fossem apontadas, na década de 1990, como *exemplos de boas práticas* em matéria de protecção e promoção da saúde no trabalho, apresentavam alguns pontos fracos no seu sistema de gestão da SH&ST, com destaque para uma deficiente ou inexistente análise de custo/benefício (Graça, 1999).

Como seria de esperar, o núcleo duro da actividade dos serviços de SH&ST destas empresas centrava-se à volta da prevenção dos riscos profissionais e da vigilância da saúde dos trabalhadores (*Quadros II.17 e II.18*). Mas também se realizava actividades de tipo C, D e E (*Quadros II.19 a II.21*).

No caso A, por exemplo, a empresa definiu uma política de *protecção ambiental* e de *SH&ST* que correspondia a preocupações que eram então pouco usuais em Portugal na segunda metade da década de 1980. O objectivo era explicitamente: (i) promover a *responsabilização* de todos os trabalhadores na prevenção e redução dos acidentes; (ii) privilegiar a *saúde e o bem estar* de todos; e (iii) preservar o *ambiente*. Em 1993 era uma das poucas ou raras empresas

portuguesas a publicitar a sua política de SH&ST através do relatório e contas (Graça, 1999a).

Já no caso B, pretendeu-se, desde o início do projecto *Saúde Ocupacional, Prevenção e Qualidade de Vida* (1989), criar um verdadeiro *serviço integrado de saúde* (prestação de cuidados médicos de clínica geral e de outras especialidades médicas + serviço interno de SH&ST), à semelhança do da TAP—Air Portugal (1988) (Leal, 1993). Uma das suas principais áreas era justamente a *Unidade de Cuidados Médicos Integrados de Saúde* (Consultas de clínica geral, ortopedia, fisioterapia, dermatologia e psiquiatria), em articulação com a medicina e a enfermagem do trabalho. As restantes áreas funcionais incluíam a psicologia clínica e do trabalho, a fisiologia do trabalho e a ergonomia, a higiene e a toxicologia do trabalho, a segurança do trabalho e o serviço social ocupacional. Alguns programas e actividades então levados a cabo eram pouco usuais nos nossos locais de trabalho. No entanto, cerca de 2/3 das actividades planeadas eram do tipo A (*Segurança & Higiene no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho*) e B (*Avaliação de Saúde/Vigilância Médica/Prestação de Cuidados de Saúde*) (Graça, 1999b).

Quadro II.17– Políticas, programas e actividades de tipo A — Segurança & Higiene no Trabalho/Melhoria do ambiente físico de trabalho

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo A				
Equipamento de protecção individual (EPI)	✓	✓	✓	
Controlo de substâncias tóxicas, irritantes e perigosas (chumbo, mercúrio, etc.)	✓	✓	✓	
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos	✓	✓	✓	
Prevenção e redução do ruído	✓	✓	✓	
Auditorias ambientais periódicas	✓	✓	✓	
Prevenção e redução dos acidentes de trabalho	✓	✓	✓	
Prevenção e controlo de vibrações		✓	✓	
Sistema de sinalização de SH&ST	✓	✓	✓	✓
Melhoria da iluminação	✓	✓	✓	✓
Melhoria da ventilação/qualidade do ar	✓	✓	✓	✓
Melhoria do conforto térmico/climatização	✓	✓	✓	✓
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	✓	✓	✓	✓
Avaliação periódica das condições físicas de trabalho	✓	✓	✓	✓
Formação/treino em SH&ST	✓	✓	✓	
Edição do manual de SH&ST			✓	
Transporte manual de cargas		✓	✓	
Equipas de primeiros socorros e combate a incêndios	✓	✓	✓	
Auditoria e certificação do sistema de gestão da SH&ST	✓			
Design/decoração de interiores				✓

Segundo os princípios adoptados pela empresa do estudo de caso C e divulgados interna e externamente (pela sua revista e pela sua *webpage*), "a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho dos colaboradores constituem preocupação de grande importância para a Direcção (...) e consequentemente, uma das suas prioridades de gestão". O grupo tem igualmente uma política escrita de qualidade e de ambiente, que fazem parte dos seus *princípios fundamentais* (Graça, 1999c).



Mais de quatro dezenas de actividades terão sido realizadas pelo estabelecimento ao longo da década de 1990, com predominância das de tipo A (*Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico do Trabalho*), B (*Avaliação de Saúde/Vigilância Médica/Prestação de Cuidados de Saúde*) e D (*Intervenções Organizacionais/Melhoria do Ambiente Psicossocial de Trabalho*) (Quadro). Em meados dos anos 90, esta unidade fabril estava a passar por um processo de mudança organizacional, com a introdução do *Total Quality Management* (TQM), na sequência da certificação do seu sistema de gestão da qualidade.

No caso D (um organização não-lucrativa do sector financeiro que no final da década de 1990 era um exemplo de sucesso empresarial), não havia propriamente um equipa de SH&ST mas tão só uma equipa de saúde ocupacional (2 médicos do trabalho em tempo parcial, 2 enfermeiras e 1 secretária). A medicina do trabalho remontava a 1981, tendo sido portanto criada ao abrigo da legislação de 1967. Oito anos mais tarde, em 1989, foi admitida a primeira enfermeira. A orientação do serviço de saúde no trabalho era então exclusivamente para a *prevenção da doença* e a *promoção da saúde*. Por outro lado, todo o pessoal da instituição, estando abrangido pelo Acordo de Contrato de Trabalho Vertical dos Bancários, tem acesso aos respectivos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS) (Graça, 1999d).

Quadro II.18 — Políticas, programas e actividades de tipo B - Avaliação de saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo B				
Exames de vigilância médica periódica de grupos de risco	✓	✓	✓	✓
Exames de vigilância médica periódica de todo o pessoal	✓	✓	✓	✓
Exames de vigilância médica periódica dos quadros	✓	✓	✓	✓
Exames iniciais e ocasionais	✓	✓	✓	✓
Prevenção da doença bucodentária e reabilitação oral / Consultas de estomatologia	✓	✓		
Consultas de clinica geral	✓	✓	✓	
Consultas regulares de outras especialidades médicas	✓	✓		
Apoio de pessoal de enfermagem / Enfermagem do trabalho	✓	✓	✓	✓
Prevenção e tratamento de doenças relacionadas c/ trabalho (por ex. raquialgias)		✓	✓	
Prevenção e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e da mama		✓		
Prevenção das doenças cardiovasculares		✓		✓
Fisioterapia	✓	✓	✓	
Apoio de outros profissionais de saúde (psicologia clinica, serviço social)		✓		
Vacinação (por ex., tétano, hepatite, gripe, BCG)	✓	✓	✓	

Quadro II. 19 Políticas, programas e actividades de tipo C — Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo C				
Consumo de álcool	✓	✓	✓	✓
Consumo de tabaco	✓	✓	✓	✓
Consumo de droga / Tratamento e reabilitação de toxicodependentes	✓	✓	✓	
Actividade física / Higiene postural / Exercícios compensatórios	✓	✓	✓	
Informação /educação para a saúde	✓	✓	✓	✓
Formação/ensino de grupo	✓	✓	✓	✓
Nutrição	✓	✓	✓	✓
Controlo da tensão arterial	✓		✓	
Controlo do peso			✓	

As actividades orientadas para a prevenção incluíam: (i) a vigilância de saúde individual (exames periódicos com consulta de enfermagem, consulta médica e exames clínicos complementares); (ii) a avaliação do estado de saúde da população; (iii) a avaliação das condições de trabalho. As actividades orientadas para a prevenção, a nível do ambiente de trabalho, tinham sido até 1997 limitadas aos principais factores de risco, mais de natureza física do que psicossocial (por ex., climatização, ventilação, ecrãs de visualização, posturas de trabalho, sobrecarga de trabalho). Quando solicitada, a equipa de saúde também tomava parte na análise ergonómica de equipamentos antes da sua aquisição (por ex., mobiliário, computadores). Contudo não interferia – até, pelo menos, meados de 1997 – na concepção da organização do trabalho, função que era então da competência do *departamento de informática, reengenharia e operações*. Não havia técnicos ou especialistas de S&HT.

Quadro II.20 – Políticas, programas e actividades de tipo D — Intervenção a nível organizacional/Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo D				
Reestruturação do trabalho	✓		✓	
Flexibilização do tempo de trabalho	✓		✓	
Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno	✓		✓	
Política de absentismo orientada p/ a prevenção das suas causas	✓	✓	✓	✓
Reabilitação/reintegração de casos c/ incapacidade de longa duração	✓	✓	✓	
Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM)	✓		✓	
Formação/treino em comportamento organizacional	✓		✓	✓
Ergonomia do posto de trabalho / <i>Job design</i>		✓		✓
Ergonomia: Ecrãs de visualização		✓		✓
Avaliação de trabalho repetitivo e monótono		✓	✓	
Formação/treino em gestão de recursos humanos	✓	✓	✓	✓
Formação dos representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST		✓		
Assessoria à Comissão de SH&ST / Representantes dos trabalhadores		✓		✓
Avaliação periódica do clima organizacional	✓		✓	

Em 1997, a equipa de saúde ocupacional estava a preparar um programa de gestão do stress no trabalho bancário. Este projecto, embora ainda em fase de concepção, mostrava-se cheio de potencialidades, tendo sido estudado por Graça e Kompier (1999) e seleccionado como um exemplo de boas práticas na área da prevenção do stress no trabalho (Kompier e Cooper, 1999).

Quadro II.21 – Políticas, programas e actividades de tipo E — Actividades e programas sociais e de bem-estar

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo E				
Instalações p/ o pessoal	✓		✓	✓
Transportes fornecidos pela empresa	✓			
Apoio a actividades recreativas e culturais/Festas e convívios	✓			✓
Protecção social complementar (por ex., seguro de saúde)	✓	✓	✓	✓
Outras formas de protecção social complementar	✓			✓
Aconselhamento psicológico/Assistência sociofamiliar	✓			
Formação em gestão do stress				✓
Acompanhamento de distúrbios emocionais		✓		
Boletim/jornal da empresa/Outras formas de comunicação	✓		✓	✓

Do que fica dito sobre a prática desta pequena amostra de empresas portuguesas, pode concluir-se o seguinte: (i) realizam quotidianamente múltiplas actividades com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar das pessoas ao seu serviço; no entanto, (ii) é difícil traçar a linha de fronteira entre aquilo que decorre das obrigações legais e convencionais do empregador em matéria de SH&ST (por ex., realização de exames de medicina do trabalho) e aquilo que remete para as acções voluntárias ou facultativas (por ex., programa de diagnóstico precoce e prevenção do cancro da mama e do colo do útero).

As obrigações legais do empregador são as que constam, em grandes linhas, do art. 16º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual<sup>15</sup>). Por sua vez, o art. 26º diz que o empregador deverá elaborar relatório anual da actividade do(s) serviço(s) SH&ST. O modelo de relatório só recentemente foi aprovado (Portaria n.º 1184/2002, de 29 de Agosto de 2002).

Quanto às actividades voluntárias ou facultativas, elas podem incluir grande parte das acções desenvolvidas no âmbito da *educação e promoção da saúde* no local de trabalho, orientadas para o indivíduo (ponto 4 do campo VIII do Modelo n.º 1714 - INCM) (Graça, 2003).

O campo VIII do relatório tem a ver com a actividade desenvolvida no âmbito da *Saúde/Medicina do Trabalho*, distinta da *Segurança e Higiene do Trabalho* (campo VII). A informação que é requerida no campo VIII resume-se a: (i) exames periódicos e não periódicos efectuados pelo médico do trabalho; (ii) exames complementares (v.g., análises ao sangue); (iii) imunização ou vacinação (voluntária); e, por fim, (iv) promoção da saúde e educação para a saúde no trabalho.

Os dois primeiros pontos remetem para as obrigações legais do empregador em matéria de “vigilância da saúde dos trabalhadores”, a qual tende a resumir-se, em termos de senso comum, os chamados exames médicos. Recorde-se que o art. 19º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual, refere-se aos exames de saúde e diz no essencial o seguinte: o empregador tem a obrigação de promover a realização de exames de saúde, com vista a verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da sua profissão, bem como as implicações na sua saúde do conteúdo, organização e demais condições de trabalho.

Sem prejuízo do disposto em legislação especial (por ex., trabalhadores expostos a determinados substâncias perigosas como o chumbo ou o cloreto de vinilo monómero), devem ser realizados os seguintes exames de saúde: (i) *exame de admissão* (v.g., antes do início da prestação de trabalho ou, quando a urgência da admissão o justificar, nos 10 dias seguintes); (ii) *exames periódicos* (v.g., anuais para os menores de 18 anos e para os maiores de 50 anos e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores ou com a periodicidade que for estabelecida pelo médico do trabalho); (iii) *exames ocasionais* (v.g., sempre que haja alterações substanciais nos meios utilizados, no ambiente e na organização do trabalho susceptíveis de repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de acidente ou de doença, ou sempre que o médico do trabalho achar oportuno e conveniente).

---

<sup>15</sup> Já consagradas no Código do Trabalho (art. 273º).

Além disso, o médico do trabalho pode solicitar *exames complementares* ou *pareceres médicos especializados*, com vista a completar a sua observação e formular uma opinião mais precisa sobre o estado de saúde do trabalhador. Sabe-se que em muitas empresas portuguesas a actividade dos serviços de SH&ST tende a resumir-se à realização destes exames de saúde, e em particular os periódicos. O modelo do relatório anual aprovado pela Portaria nº 1184/2002, de 29 de Agosto, dedica uma página inteira à discriminação do número de exames de admissão, periódicos e ocasionais, desagregados por escalão etário (< 18 anos; 18-49 anos; ≥ 50 anos). Pede-se além disso a discriminação dos exames complementares realizados por tipo de exame (v.g., sangue, urina, telerradiografia do tórax, audiograma), incluindo o número de exames exigidos por legislação específica (v.g., protecção dos trabalhadores contra o risco de exposição ao ruído, cloreto de vinilo monómero, chumbo metálico e seus componentes iónicos).

Repare-se, em contrapartida, na configuração da informação que é requerida no ponto 4 do campo VIII do Modelo nº 1714 - INCM: 4. Promoção da saúde e educação para a saúde no trabalho: (i) actividades desenvolvidas; (ii) número de acções de educação para a saúde desenvolvidas; (iii) número de trabalhadores abrangidos, por sexo; e, por fim, (iv) principais temas abordados (sic).

Esta configuração sugere que a promoção da saúde no local de trabalho ainda tende a ser confundida, entre nós, com a (i) simples educação para a saúde ou a resumir-se às (ii) iniciativas dirigidas para a modificação do comportamento individual em relação a um conjunto bem delimitado e conhecido de factores de risco, não directamente relacionados com o trabalho (v.g., consumo de tabaco, álcool e outras substâncias aditivas). Em suma, visaria sobretudo a mudança de estilos de vida dos trabalhadores, de acordo com o paradigma norte-americano que se desenvolveu nas últimas décadas do Séc. XX (Graça, 1999e).

O projecto *Vida Activa Saudável no Local de Trabalho*, que pretende ser um “projecto de demonstração” e está em vigor desde 1998, é uma iniciativa da Direcção Geral de Saúde: “tendo como referência a Estratégia de Saúde Nacional 1998-2002, área (consumo de tabaco), área 7 (consumo de álcool), área 9 (vida activa, alimentação saudável e gestão do stress) e área 22 (promoção da saúde no local de trabalho), (...) visa incentivar o desenvolvimento de iniciativas, nas empresas, de promoção de estilos de vida mais activos e saudáveis” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002). Embora privilegiando os comportamentos individuais, o projecto adopta no entanto uma perspectiva integrada da promoção da saúde, de acordo com os princípios da Carta de Otava (WHO, 1986) e da Declaração do Luxemburgo (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

## **2.7. A saúde da população trabalhadora**

### **2.7.1. Fontes de informação**

Apesar dos inegáveis progressos da década de 1990 – traduzidos, por exemplo, na realização do *Inquérito Nacional de Saúde* a partir de 1987, do lançamento, em finais de 1996, da *Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, da publicação do livro *A Saúde dos Portugueses* (1997) ou, já em 2001, da criação do *Observatório Português dos Sistemas de Saúde* –, continuam a subsistir grandes lacunas de conhecimento no que respeita ao estado de saúde da população, em geral, e da população activa, em particular. O reconhecimento das falhas do nosso sistema de informação de saúde é consensual:

“Ninguém sabe com rigor se os portugueses gozam de boa ou má saúde. De facto, é possível conhecer com bastante precisão a proporção da população que morre em determinado ano, discriminada por género, idade ou causa de morte. É impossível, porém, quantificar os indivíduos que, no mesmo período, contraíram uma doença cuja notificação não seja obrigatória, podendo apenas estimar-se esse número” (Portugal. Ministério da Saúde, 1997: 91).

Cinco anos depois, o relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde (*Ganhos de saúde em Portugal: Ponto da situação*) vem falar em “assinaláveis progressos” no domínio do sistema de informação sobre a saúde. Mas se hoje conhecemos melhor as causas de morte, mesmo assim ainda temos “uma noção imprecisa dos fenómenos do adoecer e das doenças que, não sendo uma importante causa de morte, ainda assim, pelo sofrimento causado, pelo impacto na qualidade de vida ou pela onerosidade, têm um peso social importante” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002:14).

Por exemplo, faltam-nos estudos epidemiológicos e sociológicos sobre as ausências ao trabalho, em geral, e sobre a incapacidade temporária para o trabalho, em particular, muito embora Portugal tenha participado, em 1995, no maior estudo sobre o problema até então levado a cabo na União Europeia: na realidade, tratou-se sobretudo de um projecto de investigação e desenvolvimento, que teve como principal objectivo identificar, descrever, analisar e avaliar estratégias, a nível do local de trabalho, para lidar com o absentismo por doença e acidente, as suas causas e consequências (Graça, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997).

Falta-nos a compreensão global do problema e sobretudo a explicação das suas causas. A recolha e o tratamento da informação estatística disponível levanta questões de natureza teórico-metodológica, que não podem ser aqui discutidas. Em todo o caso, a informação existente é suficiente para se ter uma ideia da grandeza do fenómeno e das suas implicações: refiro-me mais concretamente ao ficheiro de dados do Inquérito Nacional de Saúde (abreviadamente, INS) mas também fontes de natureza administrativa como as estatísticas da Segurança Social e do Balanço Social. Uma outra fonte potencialmente interessante é o Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho (Paoli, 1992; Paoli, 1997; Paoli e Merlié, 1992). Mas os dados que estão divulgados, por país, não permitem uma análise do absentismo mais fina do que aquela que é possível obter a partir das nossas fontes.

## 2.7.2. Absentismo por doença e acidente de trabalho

### 2.7.2.1. Morbilidade diferencial no INS 1998/99

Uma das conclusões mais surpreendentes que se pode tirar da exploração do ficheiro de dados do INS 1998/99 é que cerca de 29% (!) da população trabalhadora do Continente não apresenta sinais de boa saúde: (i) uns não vão sequer trabalhar por motivo de *doença, acidente ou outro motivo de incapacidade temporária* (10.4%); e (ii) outros vão trabalhar, embora queixando-se de *alterações do seu estado de saúde* (18.2%). Refira-se, em todo o caso, que do total dos trabalhadores activos inquiridos, com 15 ou mais anos de idade (n=21930) e em situação de incapacidade temporária nas duas semanas anteriores à inquirição (n=2273), só menos de 40% (n=892) é que esteve acamado um ou mais dias. Infelizmente não é possível desagregar esta informação por variáveis sociodemográficas como a condição perante o trabalho, o sector de actividade ou a dimensão da empresa. (Graça, 2002b).

Os trabalhadores manuais ou *colarinhos azuis* tendiam a fazer uma pior apreciação do seu estado de saúde do que os trabalhadores não-manuais ou *colarinhos brancos* ( $p < .001$ ) (vd. *Quadro II.22*, em anexo). Além disso, também faltavam mais vezes e mais dias ao trabalho do que os *colarinhos brancos*. Na amostra do INS 1998/99 os *colarinhos azuis* representavam cerca de 57% do total dos trabalhadores activos.

As doenças do (i) *aparelho respiratório*, do (ii) *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* bem como (iii) *os sintomas, sinais e afecções mal definidas* representariam, só por si, mais de metade (56%) de todas as causas de doença resultantes em incapacidade. Entre os *colarinhos brancos*, as doenças do *aparelho respiratório* somavam 26% do total das causas de doença. Pelo contrário, entre os *colarinhos azuis* a causa principal de incapacidade eram as *doenças do sistema osteomuscular* (23%).

Repare-se, por outro lado, no peso relativo dos *transtornos mentais* no caso dos *colarinhos brancos* (7.5%) quando comparados com os *colarinhos azuis* (3.5%). O mesmo se passava com as doenças do *sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos*. É possível que estes problemas de saúde possam estar, directa ou indirectamente, relacionados com o stress no local e fora do local de trabalho.

Segundo outra fonte, o *Second European Survey on Working Conditions* (1995), um em cada cinco trabalhadores portugueses declarou ter faltado ao trabalho devido a problemas de saúde, durante um ou mais dias, no período correspondente aos últimos doze meses anteriores à entrevista (o trabalho de campo realizou-se entre finais de 1995 e princípios de 1996). Portugal, juntamente com a Holanda, tinha a mais alta proporção de trabalhadores com *incapacidade de longa duração* (50 ou mais dias de ausência ao trabalho) (4%) (Paoli, 1997).

As dores nas costas (39%), a fadiga geral (28%) e o stress (26%) surgiam, em 1995, como os três principais problemas de saúde relacionados com o trabalho, na percepção da amostra portuguesa ( $n=1000$ ). Cinco anos depois a ordenação era a mesma, embora a incidência fosse menor: 34%, 22% e 18% ( $n=1502$ ) (Paoli e Merlié, 2001; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002).

O Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 permite-nos ainda saber o seguinte, a respeito da população de trabalhadores activos, de idade igual ou superior a 15 anos: (i) há mais mulheres (12%) do que homens (10.1%) a referirem *incapacidade temporária*; (ii) há mais mulheres (4.8%) do que homens (3.5%), entre os que referem incapacidade temporária, a ficarem *acumados*; (iii) os *colarinhos azuis* (trabalhadores manuais) também faltam mais ao trabalho (11.9%) dos que os *colarinhos brancos* (trabalhadores não-manuais) (8.4%) devido a doença, acidente ou outro motivo relacionado com a saúde; (iv) tendem, além disso, a faltar mais dias ao trabalho: 6.7 dias em média ( $d.p.=5.5$ ); (v) por seu turno, os *colarinhos brancos* tendem a faltar menos dias: 5.9 ( $d.p.=5.3$ ); as diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p=.001$ ).

Os *colarinhos azuis* também tendem a queixar-se de problemas de saúde em maior proporção que os *colarinhos brancos*: as diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) embora a associação seja muito fraca. São sobretudo os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (27.3%) e os *Trabalhadores não qualificados* (25.3%) quem se queixa de problemas de saúde em maior proporção do que a média (20.3%). Finalmente, também se constata que a incapacidade temporária está associada à idade: a partir dos 45 anos, há uma maior proporção de trabalhadores que referiram não poder ir trabalhar nas duas últimas semanas anteriores à inquirição.

As *doenças do aparelho respiratório* (código 8 da *Classificação Internacional de Doenças, CID-9*), do *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* (13) bem como os *sintomas, sinais e afecções mal definidas* (16) representam, só por si, mais de metade (56%) das causas de doença que resultam em incapacidade temporária na população de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade. Em 4º e 5º lugares vêm as *doenças do aparelho digestivo* (9) e do *aparelho circulatório* (7), as quais contam para cerca de 16% da incapacidade. Em 6º figuram as *lesões e envenenamentos* (17), em 7º os *transtornos mentais* (2) e em 8º as *doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos*: estes três últimos grupos de doença contribuem, no seu conjunto, com 15% do total.

Entre os *colarinhos brancos* as doenças do aparelho respiratório representam 26% do total das causas de doença. Pelo contrário, entre os *colarinhos azuis* a causa principal de incapacidade são as doenças do sistema osteomuscular (23%) (*Quadro II.23*, em anexo). Repare-se no peso relativo dos transtornos mentais no caso dos *colarinhos brancos* (7.5%) quando comparados com os *colarinhos azuis* (3.5%). Também as lesões e envenenamentos contribuem mais para a incapacidade temporária dos *colarinhos azuis* (6.8%), por comparação com os *colarinhos brancos* (3.9%).

A principal causa de incapacidade na população de trabalhadores activos, independentemente da profissão, são sem dúvida as Doenças do Aparelho Respiratório. No entanto, estas atingem mais as *Profissões intelectuais e científicas* (33%) do que os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (16%). Em contrapartida, neste último grupo profissional o principal problema de saúde, originando incapacidade temporária, são as Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28% contra apenas 7% nos *Técnicos e profissionais de nível intermédio*).

Convém, entretanto, não esquecer que pode haver aqui problemas de enviesamento relacionadas com: (i) a autopercepção do inquirido; e (ii) a codificação das respostas. Repare-se, por exemplo, no elevado peso relativo que têm os *sintomas, sinais e afecções mal definidas*: Aparecem em 3º lugar na lista dos principais problemas de saúde que originam incapacidade, estando provavelmente associados a factores de risco psicossociais no trabalho e fora do trabalho (Graça, 2002b).

Por seu turno, e ainda segundo o INS 1998/99, o acidente (no local ou fora do local de trabalho) contribui em 6% para a incapacidade temporária dos trabalhadores portugueses. Os *colarinhos azuis* estão mais sujeitos ao acidente de trabalho (incluindo o acidente *in itinere*) (68% dos casos) do que os *colarinhos brancos*, os quais por sua vez tendem a sofrer sobretudo de acidentes domésticos, de lazer ou outros (50% dos casos).

Em meados de 2003 foram divulgados, pela administração do trabalho, os primeiros resultados do tratamento estatístico da informação relativa aos acidentes de trabalho, baseada nas participações de acidente e nos mapas de encerramento de processo enviados pelas companhias de seguros. Esta informação estatística não é comparável com a de anos anteriores. Em síntese, pode dizer-se que: (i) o número de acidentes de trabalho (não incluindo os de trajeto) ascendeu a mais de 234 mil, dos quais 368 foram mortais; (ii) os cerca de 180 mil acidentes de trabalho com um ou mais dias de ausência foram responsáveis pela perda de quase 6.5 milhões de dias de trabalho (em média, 36 dias por acidente de trabalho com baixa) (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003 a). Este valor representará cerca de 10% do total do absentismo por incapacidade devido a doença e acidente.

Por economia de análise, e devido aos problemas metodológicos que levantam as várias fontes de informação administrativa sobre os acidentes, não vou dedicar mais tempo a este tópico que, de resto, é hipervalorizado em Portugal em nome de uma *culture sécuritaire*, que é também a do local de trabalho enquanto estábulo-modelo (Brown, 1961; Oddone *et al*, 1984), e que tem muito pouco ou nada a ver com o conceito de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. De qualquer modo sabemos mais sobre a incidência e gravidade dos acidentes de trabalho (incluindo os de trajecto) do que sobre as doenças profissionais e outras causas de incapacidade para o trabalho. Aliás, alguém ironicamente chamou às doenças profissionais as *doenças inexistentes*, no país campeão dos acidentes de trabalho (Rodrigues, 1992, 1992a).

#### 2.7.2.2. Segurança Social: sociodemografia da baixa por doença

Outra fonte relevante para o conhecimento da incapacidade (temporária) para o trabalho são as estatísticas da Segurança Social, nomeadamente as referentes ao subsídio por doença (tuberculose e outras doenças).

Para efeitos de atribuição do subsídio de doença, que não inclui a maternidade, considera-se doença “toda a situação mórbida, evolutiva, de causa não profissional, que determine incapacidade para o trabalho” (D.L. n.º 132/88, de 20 Abril de 1988). No período que vai de 1990 a 1998, o número de *beneficiários activos* do Regime Geral da Segurança Social (RGSS) ultrapassou, em média, os 4 milhões (Mínimo: 3.9 milhões em 1991; máximo: 4.3 milhões em 1998). Os trabalhadores por conta de outrem representavam em média cerca três quartos do total (Máximo: 80.0% em 1998; mínimo: 71.6% em 1994).

Não se dispõe de dados para calcular a distribuição de beneficiários activos por sexo. Essa proporção era de 44% de mulheres, em média, no período de 1987-1993 (Graça, 1995).

Os beneficiários com processamento de *subsídio de tuberculose* têm vindo a diminuir, em termos relativos, passando de 0.9% em 1990 para 0.6% em 1998. Também a proporção de beneficiários do *subsídio por outras doenças* diminuiu, em termos relativos, passando de 19% para 15% no período em referência. No total houve uma média anual de 740.454 beneficiários activos, ou seja, cerca de 18.2% da população, a quem foi processado o subsídio por tuberculose e por outras doenças (19.2% em 1990; 15.2% em 1998). Cerca de 57.4% destes beneficiários eram mulheres (54.4% em 1990; 59.8% em 1998). Por sua vez, o número médio anual de dias, respeitantes ao subsídio por doença (excepto tuberculose), foi de 60 milhões, com tendência no entanto para decrescer na segunda metade da década de 1990 (Máximo: 66.5 milhões em 1991; mínimo: 50.7 milhões em 1998).

Desses 60 milhões de dias de subsídio processados anualmente, cerca de 63% em média foram usufruídos por beneficiários do género feminino. Tal significa que as mulheres estão aqui sobre-representadas. No período de 1990-1998, embora o número de baixas tivesse vindo a diminuir (mais de 1 milhão em 1990; e cerca de 850 mil em 1998), a proporção de mulheres com baixa teve tendência a aumentar (cerca de 60% em 1998 contra 55% em 1990).

Em resumo, as mulheres têm mais baixas por doença do que os homens, o que significa que faltam mais vezes ao trabalho. Além disso, há também grandes discrepâncias em relação à duração média da baixa por doença, por género e por distrito. Para além da *morbilidade diferencial* associada ao género, há seguramente *outros factores* de natureza sociodemográfica e epidemiológica que explicarão essa diferença, incluindo a conjuntura económica e o



mercado de emprego (Gardner e Taylor, 1975; Taylor, 1983; Guerreiro, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997).

Tratando-se de informação de fonte administrativa, secundária, e não podendo controlar-se os possíveis erros por enviesamento, há que ler com as necessárias cautelas um indicador como o número médio de dias da duração das baixas, por distrito e por género, o qual está longe de ser um indicador válido e fiável de *gravidade* da incapacidade para o trabalho.

Infelizmente os dados sobre as baixas e o número de dias subsidiados por sector de actividade não estão disponíveis. Em contrapartida há informação sobre o número de beneficiários com processamento de subsídio por doença (excepto tuberculose) ao longo da década de 1990, por sector de actividade. De acordo com o *Quadro II. 24*, em anexo, (i) houve uma redução da proporção dos beneficiários titulares desta prestação em sectores como, por exemplo, a *Agricultura, silvicultura, caça e pescas* (-2.5); (ii) verificou-se um aumento, em termos relativos, em sectores como as *Indústrias transformadoras* (+4.2), o *Comércio e turismo* (+5.3), as *Actividades Financeiras* (+3.9) e *Outros serviços* (+6.2); e, por fim, (iii) houve sobretudo uma redução muito significativa da proporção de beneficiários classificados nas *Actividades mal definidas*, de 39% em 1990 para 19.8% em 1998, o que deve ser imputado, antes de mais, à melhoria do sistema de informação da Segurança Social.

Na ausência de dados desagregados por variáveis sociodemográficas como a idade, o género, o nível de qualificação, a situação no emprego ou o sector de actividade económica, é impossível avançar com hipóteses explicativas que não sejam meramente exploratórias. De facto, estes dados parecem indiciar outros problemas que ultrapassam o âmbito da chamada *doença natural ou de causa não profissional*, que determine incapacidade para o trabalho (D.L. n.º 132/88, de 20 de Abril de 1988). Na primeira metade da década de 1990 a atribuição do subsídio de doença, tal como a pensão de invalidez e a própria formação profissional, terá sobretudo contribuído para amortecer os efeitos sociais da crise económica e da reestruturação do aparelho produtivo (Graça, 1995).

A tutela da Segurança Social tem razões para se mostrar preocupada com a sobre-utilização do subsídio de doença que, no período de 1989 a 1998, representou uma despesa total superior a 780 milhões de contos (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999). Em todo o caso, é notória a ausência de uma estratégia nacional para lidar com este problema, tendo-se optado ao longo da década de 1990 sobretudo pelo (i) reforço das medidas de fiscalização (a Segurança Social, através dos Serviços de Fiscalização da Incapacidade Temporária); pela (ii) introdução de incentivos monetários à assiduidade (as empresas); ou pelo (iii) acréscimo das barreiras legais e administrativas ao absentismo por doença (o Governo e a Segurança Social).

A nível das empresas e com relevância para a o sistema de gestão da SH&ST, impõe-se uma outra leitura e uma outra abordagem do absentismo, em geral, e o absentismo por doença, em particular, enquanto fenómeno individual e complexo, de *etiologia multifactorial*, variando em função de três grandes grupos de factores (Taylor, 1983; Gründemann e Vuuren, 1997): (i) *contextuais* (por ex., legislação laboral, política e sistema de protecção social – incluindo a saúde —, mercado de emprego, conjuntura económica, região, clima e estação do ano); (ii) *organizacionais* (por ex., dimensão da empresa, sector de actividade, condições e organização do trabalho, modo de remuneração, clima e cultura organizacionais, política e sistema de SH&ST); (iii) e *individuais* (por ex., idade, sexo, personalidade, qualificação, motivação e satisfação no trabalho, rede de suporte social, família, estado de saúde).

Em geral, tem sido dada pouca atenção, entre nós, à sociodemografia do absentismo e à segregação sexual no trabalho. Registe-se, por exemplo, que no período de 1996 a 1998 (i) há uma maior proporção de beneficiários do subsídio por doença no grupo etário dos 20-39 anos do que no grupo dos 40-59 anos, quando seria de esperar o contrário. As mulheres também são mais penalizadas pelo desemprego; (ii) há também diferenças por género, no que diz respeito à precarização do emprego e outras condições de trabalho; e, por fim, é sabido que (iii) existem e persistem as desigualdades salariais entre homens e mulheres com a mesma qualificação (Barreto e Preto, 2000; Fagan e Burchell, 2002; Graça, 2002b).

### 2.7.2.3. Balanço social: O absentismo nas 2 mil maiores empresas

Os dados do INS 1998/99 não contradizem o essencial da informação que é disponibilizada pelas estatísticas do balanço social, no que diz respeito ao absentismo por incapacidade temporária.

De acordo com o *Quadro II.25*, a doença do trabalhador continua a representar mais de 50% das ausências ao trabalho, seguida das outras causas (40%). Nesta categoria residual — outras causas — incluem-se habitualmente todas as demais faltas, justificadas ou não, para além da doença e do acidente: as licenças de maternidade/paternidade e de assistência inadiável, a sanção disciplinar e outras. O peso das horas de ausência ao trabalho por motivo de doença profissional (0.2% em média, ao ano) não tem qualquer significado estatístico, enquanto o acidente de trabalho se situa, em média, nos 7%, embora com uma ligeira tendência para baixar ao longo da década de 1990.

No período de 1991 a 1998, regista-se uma clara redução do peso relativo das baixas por doença na estrutura do absentismo (de 60% em 1991 para 53% em 1998) e o correspondente aumento das faltas ao trabalho por outras causas (de 32% em 1991 para 40% em 1998).

Por *absentismo* deve entretanto entender-se as “ausências do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado, devendo atribuir-se todas essas ausências ao trabalhador, independentemente das suas causas e de se converterem em faltas justificadas ou não” (Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001:10). Este conceito é distinto da *inactividade temporária*, por motivos que não podem ser imputados ao trabalhador mas sim à empresa (v.g., formação profissional, descanso suplementar, desemprego interno, redução legal da actividade ou *lay-off*) ou que remetem para as relações colectivas de trabalho (por exemplo, greves e paralisações).

De qualquer modo, esta categorização estatístico-administrativa das causas do absentismo é manifestamente insatisfatória, não permitindo distinguir com rigor o absentismo enquanto *indicador de disfuncionamento organizacional*, já que na categoria *outras causas* se incluem diferentes motivos de ausência ao trabalho, em maior ou menor grau susceptíveis de prevenção e controlo (Graça, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997): (i) uns que decorrem do cumprimento de obrigações legais, sociais ou familiares do trabalhador; (ii) outros que têm a ver com vida social interna da empresa; (iii) e outros ainda que estão relacionados com o stress no trabalho ou outros factores de risco psicossocial e organizacional. Este último tipo de ausências (em geral de curta ou curtíssima duração), juntamente com as que resultam da incapacidade temporária por doença ou acidente, pode e dever ser objecto de intervenção

por parte do empregador, no sentido da sua redução, controle e prevenção (Graça *et al.*, 1997; Gründemann e Vuuren, 1997).

De acordo com o *Quadro II.26*, por cada 100 horas efectivamente trabalhadas, o pessoal das 2 mil maiores empresas do país (com um volume de emprego da ordem dos 757 mil trabalhadores) faltou 7.8 horas, em média, no conjunto de todos os sectores de actividade durante o ano de 1996: (i) 4.8 horas eram imputadas à incapacidade para o trabalho, devida a *doença* (4.2 horas) e a *acidente* (0.6 horas); (ii) o resto (3 horas) era atribuído a *outras causas* (assistência inadiável, maternidade/paternidade, suspensão disciplinar e outras faltas, justificadas ou não). Por sectores de actividade, destacavam-se em 1996 as empresas das *Pescas* (B) com uma taxa de absentismo global de dois dígitos (11.6%). A taxa de absentismo específica, devida a doença e acidente, era também a mais alta de todos os sectores (7.6%). Outras actividades com taxas superiores à média (7.8%) eram as *Indústrias transformadoras* (D) (9.2%), o *Alojamento e restauração* (H) (8.1%), os *Transportes, armazenagem e comunicações* (I) (8.2%), bem como a *Saúde e acção social* (N) (9.1%).

Quadro II.25 — Estrutura do absentismo nas empresas com 100 ou mais trabalhadores (1991-1998)(%)

Ano	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Principal causa								
Doença do trabalhador	59.7	57.4	55.9	55.7	55.3	53.4	52.5	53.0
Acidente de trabalho	7.6	7.5	7.2	7.1	6.3	7.4	7.0	6.9
Doença profissional	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Outras causas	32.5	34.9	36.6	37.0	38.2	38.9	40.3	39.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e Segurança Social (1996); Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade (1998, 2000 e 2001)

Quadro II.26 — Taxa de absentismo global e específica por sector de actividade (1996) (%)

		Taxa de absentismo		Global		Específica	
Sector de actividade (CAE 92) (a)						Acidente	Doença
A	Agricultura, Produção Animal, Caça e Silvicultura (n=1698)			5.7		0.5	2.7
B	Pescas (n=1975)			11.6		1.2	6.3
C	Indústrias Extractivas (n=3378)			7.8		1.4	4.4
D	Indústrias Transformadoras (n=331401)			9.2		0.6	4.9
E	Produção e Distribuição de Electricidade, Gás e Água (n=18586)			6.8		0.4	4.5
F	Construção Civil e Obras Públicas (n=53813)			6.3		1.5	2.4
G	Comércio por Grosso e Retalho, Rep. Veic. e Bens Uso Pes. (n=79948)			6.0		0.5	3.1
H	Alojamento e Restauração (n=24739)			8.1		0.6	4.9
I	Transportes, Armazenagem e Comunicações (n=89300)			8.2		0.5	4.9
J	Actividades Financeiras (n=67193)			3.9		0.1	2.4
K	Actividades Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prest. às Emp. (n=48229)			7.2		0.3	3.4
M	Educação (n=6852)			5.1		0.3	3.2
N	Saúde e Acção Social (n=14855)			9.1		0.2	5.2
O	Outras Actividades e Serviços Colectivos, Sociais e Pessoais (n=15323)			6.5		0.4	3.4
Total (n=757290)				7.8		0.6	4.2

(a) Entre parêntesis, o nº de trabalhadores em 31/12/96

Fonte: Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade (1998); Graça (2002)

Sectores onde a taxa de absentismo específica, por motivo de acidente, era claramente superior à média (0.6), eram as *Pescas* (1.2), as *Indústrias extractivas* (1.4) e a *Construção civil e obras públicas* (1.5).

A tendência, no triénio de 1996-1998, nos três principais sectores económicos (primário, secundário e terciário), era para continuar a decrescer o peso da doença e do acidente no total das horas de ausência ao trabalho (*Quadro II.27*, em anexo).

Por uma questão de economia de análise, não se entra aqui em detalhe, desagregando os dados relativos às indústrias transformadoras. Os dados disponíveis sugerem a existência de acentuadas diferenças por ramo de actividade (a dois dígitos): o peso do total das horas de ausências ao trabalho é mais gravoso, por exemplo, na indústria têxtil (DB) e na indústria do calçado (DC) do que na indústria química (DG) e na indústria de matérias plásticas (DH). Tradicionalmente o têxtil, o vestuário e o calçado são ramos de actividade com forte peso da mão-de-obra feminina, jovem, pouco qualificada, mal remunerada e com condições de trabalho penalizantes, e onde o recurso à baixa por doença tende a esconder problemas como a dificuldade em conciliar a vida profissional, pessoal e familiar (Guerreiro, 1995; Fargan e Burchell, 2002).

É de lembrar, no entanto, que o universo do balanço social é limitado, não podendo ser tomado como representativo do universo empresarial português nem da respectiva população trabalhadora: é actualmente de cerca de 2 mil empresas, empregando aproximadamente 800 mil trabalhadores, o equivalente a um quarto do total dos trabalhadores por conta de outrem (com exclusão da função pública). Em 1998, a população activa atingia praticamente os 5 milhões (50% do total) e a população empregada rondava os 4,739 milhões (47.5%) (Portugal. INE, 1999).

### 2.7.3. Prevalência de doenças crónicas

Segundo o INS 1998/99, há uma relativamente elevada prevalência, entre os trabalhadores activos, de queixas de dores nas costas (41.1%), tensão alta (12.9%), alergia (13.8%) e asma ou bronquite asmática (4.3%), quatro tipos de doença crónica que podem estar relacionadas com o trabalho ou ser agravadas pelo trabalho. A prevalência destas doenças na população não activa é 38.5%, 20.5%, 15.1% e 7.3%, respectivamente. Outras doenças são menos frequentes na população de trabalhadores activos: é o caso da diabetes (3.4%) e da bronquite crónica (1.8%), cuja prevalência na população não activa é superior (6.9% e 3.7%, respectivamente).

É sobretudo no grupo dos trabalhadores de meia idade que há maior prevalência de problemas de saúde como as dores nas costas, a tensão alta, a asma ou bronquite asmática e até mesmo a diabetes. Há diferenças estatisticamente muito significativas em relação às dores nas costas, à tensão alta, à asma e à diabetes, por grupo etário. Também há diferenças entre colarinhos brancos e colarinhos azuis, relativamente à prevalência destas doenças crónicas: com excepção da hipertensão arterial, elas atingem em maior proporção os colarinhos azuis (*Quadro II.28*).

Desagregando os dados por profissão, verifica-se que as dores nas costas são prevaletentes em três grupos: *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (61%), *Operadores de instalações e máquinas e trab. de montagem* (44%) e *Trabalhadores não qualificados* (47%).

A tensão alta é também um problema dos *Quadros superiores e dirigentes* (14%), além dos *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (16%) e dos *Trabalhadores não qualificados* (16%). A alergia parece atingir sobretudo as *Profissões científicas e técnicas* (19%), os *Técnicos e profissionais de nível intermédio* (17%) e o *Pessoal administrativo* (18%) (Graça, 2002b).

Quadro II. 28— População inquirida de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade, que declarou sofrer de dores de costas, tensão alta, de alergia, de asma e diabetes, por tipo de trabalho (Continente, 1998/1999)

Tipo de trabalho	Colarinho branco	Colarinho azul	Total
<b>Doença crónica</b>			
Bronquite crónica	1.3	2.1	1.8 (*)
Diabetes	2.7	3.9	3.1 (*)
Asma ou bronquite asmática	3.7	4.7	4.3 (*)
Tensão alta	10.7	14.7	13.0 (*)
Alergia	16.5	11.8	13.8 (*)
Dores nas costas	33.5	47.0	41.2 (*)

(\*)  $p < .001$  Fonte: Portugal. INSA (2001); Graça (2002b)

## 2.7.4. Outros indicadores de saúde

Falta-nos também um conhecimento aprofundado dos determinantes da saúde da população activa trabalhadora, relacionados com os estilos de vida (v.g., consumo de tabaco, de álcool e de drogas, dieta, actividade física, gestão do stresse) (Portugal. Ministério da Saúde, 2002: 51). Impõe-se, no entanto, relacionar os *lifestyles* com os *workstyles* (Wenzel, 1994), por grupos homogéneos de trabalhadores.

Por exemplo, 7% dos homens e 18.1% das mulheres, de 15 ou mais anos de idade ( $n=41543$ ), referiram ter tomado medicamentos para dormir nas duas últimas semanas anteriores à inquirição. Essa proporção tende a aumentar com a idade. Se nos limitarmos à população de trabalhadores activos ( $n=21756$ ), a proporção é de 11.5% para as mulheres e 4.4% para as mulheres. São sobretudo os *colarinhos azuis* do sexo feminino (12.7%) quem toma medicação para dormir, em maior proporção do que os colegas do sexo masculino (3.9). As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) (Graça, 2002b)

Quanto aos hábitos tabágicos, dever-se-á ter em conta a diferenciação socioprofissional e não apenas a distribuição por género. Segundo o último relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 2002: 52), “o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo responsável por cerca de 20% da mortalidade total”, ou seja, o equivalente a 11 mil mortos. Há, por outro lado, uma crescente consciência dos efeitos negativos do fumo passivo no local de trabalho e em casa, sendo hoje “o principal poluente evitável do ar interior”. Sabe-se, por fim, que a desabitação tabágica, “em especial se ocorrer antes da meia-idade, contribui para uma redução do risco de doença atribuível ao consumo de tabaco, que atinge, passados 10 a 15 anos de abstinência, valores semelhantes aos dos não-fumadores”.

De acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde, 19.2% da população com 10 ou mais anos de idade é actualmente fumadora. Há diferenças acentuadas por género, idade e categoria socioprofissional: (i) nos grupos etários mais jovens há uma maior proporção de fumadores actuais (por exemplo, 37% no grupo dos 25 aos 34 anos); (ii) em contrapartida é nos grupos mais idosos que se regista um maior número de ex-fumadores; (iii) 30.5% dos homens fumam, contra apenas 8.9% das mulheres; (iv) cerca de 22% dos homens são ex-fumadores e menos de 48% nunca fumaram; (v) no caso das mulheres, a proporção das que

nunca fumaram é muito maior (87%) do que a média na população (68%) (Portugal. INSA, 2001).

Se se seleccionar apenas os trabalhadores activos (n=21805), constata-se que 29.2% deles são fumadores actuais (30.2% entre os colarinhos brancos e 28.4% entre os colarinhos azuis). A proporção de ex-fumadores também é maior entre os primeiros (15.5%) em comparação com os segundos (13.5%) (*Quadro II.29*).

Quadro II. 29 — População inquirida de trabalhadores activos, de 10 ou mais anos de idade, por consumo de tabaco e tipo de trabalho (Continente, 1998/99) (n=21786) (%)

Tipo de trabalho	Colarinho branco	Colarinho azul	Total
Consumo de tabaco			
Fumador actual	30.3	28.4	29.2
Ex-fumador	15.5	13.5	14.4
Nunca fumou	54.2	58.1	56.4
Total	N=9348	N=12438	N=21786

Fonte: Portugal. INSA (2001); Graça (2002b)

O grupo profissional em que há maior proporção de fumadores actuais é o dos *Técnicos e profissionais de nível intermédio* (34.2%) e dos *Operários, artífices e trabalhadores similares* (35.2%). Os primeiros pertencem ao grupo dos *colarinhos brancos* e os segundos ao grupo dos *colarinhos azuis*. Em contrapartida, os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* são os que registam a proporção mais alta (70.2%) dos que nunca fumaram. Por seu turno, é nas *Profissões científicas e técnicas* que se verifica a maior proporção de ex-fumadores (19.8%).

O Director-Geral da Saúde e Alto Comissário da Saúde registava, com agrado, o facto de (i) nos últimos anos ter havido uma diminuição do consumo de tabaco em Portugal; e de (ii) continuarmos a ser “o país da EU com menor prevalência de fumadores”. Em contrapartida, apontava como facto preocupante a tendência para continuar a aumentar o tabagismo nas mulheres: “Em 1987, 5% das mulheres com mais de 15 anos referiram fumar diariamente. Este valor subiu para 6.5% em 1996 e 7.9% em 1999”. Entre os homens parece registar-se alguma diminuição do consumo, “à excepção do grupo etário dos 35-44 anos” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002: 54).

O facto de Portugal continuar a ter a mais *baixa taxa de prevalência* na União Europeia seria devida, em grande medida, ao peso das mulheres portuguesas não-fumadoras mas também ao impacto da interdição do tabaco na publicidade, introduzida em 1983 (WHO, 1997a).

Analizando a prevalência do tabagismo nas mulheres da UE no período de 1950-1990, e apesar dos problemas metodológicos que a comparação de dados entre países levanta, Graham (1996: 249-250) chama a atenção para a historicidade do fenómeno e para a especificidade da situação na Europa meridional. Em boa verdade a situação menos má de Portugal entre as Nações tabagistas teria mais a ver com controlo social e segregação sexual do que aos (des)méritos da saúde pública: “(...) Cigarette smoking among women is a relatively recent phenomenon in southern Europe. Surveys point to prevalence rates of 10% or less up until the late 1960s in Italy, the 1970s in Spain and Greece and the 1980s in Portugal, with a sharp increase since then (...). Southern EC countries appear to be at an earlier stage of the prevalence curve that has characterized women’s smoking in northern Europe”.

Por outro lado, há suficiente evidência empírica de que o declínio do hábito de fumar entre as mulheres tem-se verificado sobretudo entre os grupos de mais elevado *status* socioeconómico (Glendinning *et al.*, 1994; Graham, 1994; Vries, 1995). As lições que se podem tirar destas tendências são relevantes para Portugal e para as empresas que queiram introduzir programas de prevenção do tabagismo activo e passivo (Fielding, 1991a; 1992). “As southern EC countries move through a process of diffusion that has marked out the history of women’s smoking in northern Europe, there is a particular and urgent need to identify strategies to reduce the rate of recruitment of young women into cigarette smoking and to enable those in more materially-disadvantaged circumstances to match the rates of decline in prevalence achieved by women in higher socio-economic groups” (Graham, 1996: 253).

Refira-se, por fim, o elevado nível de sedentarismo dos portugueses e a sua atitude pouco favorável a uma vida activa saudável através da actividade física (European Commission, 1999; Portugal. INSA, 2001).

## 2.8. Os principais *prompting factors* da(s) política(s) de saúde no trabalho

### 2.8.1. Controlo dos custos de saúde

Os problemas de saúde dos trabalhadores (77%), os problemas de pessoal e de bem-estar social (*welfare*) (76%), o clima organizacional ou o moral do pessoal (73%), a produtividade/desempenho (72%), o absentismo (63%), a imagem externa da empresa (61%) e, finalmente, os acidentes de trabalho (56%) , constituíam os principais *problemas, motivos ou razões* que levavam mais de metade das empresas europeias, inquiridas no âmbito do estudo da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, a realizar actividades e programas de saúde (Wynne e Clarkin, 1992).

Em contrapartida, o principal *prompting factor*, no caso das empresas norte-americanas, seria a preocupação em controlar o aumento exponencial dos custos com os cuidados de saúde (Warner, 1987; Conrad, 1988; Warner *et al.*, 1988; Lynch, 1995): “A major goal of American employers as well as the United States government is to contain sky-rocketing health care costs and medical expenditures” (Whitte, 1993: 227).

Para o editor principal do prestigiado *American Journal of Health Promotion* , o desenvolvimento da PST nos EUA sempre teve uma clara motivação económica: por parte das empresas tratava-se de aumentar os lucros “by controlling medical care costs, and enhancing productivity and image” (O’Donnell, 1996: 51).

O conhecido programa *Life for Life* ® da Johnson & Johnson era claramente assumido como “part of a comprehensive cost containment strategy” (Wilbur, 1983: 673; Bly *et al.*, 1986; Wilbur *et al.*, 1986).

Na literatura revista está, de resto, generalizada a ideia de que a PST é (ou pode ser) “a good business for all”, ou seja, económica e socialmente benéfica para as seguradoras, os empregadores, os trabalhadores e seus familiares, a economia e o a sociedade (Conrad, 1988; Hollander e Lengermann, 1988; U. S. Department of Health and Human Services, 1991 e 1993). Há uma década atrás discutia-se o uso e o abuso do argumento económico (Warner, 1987; Warner *et al.*, 1988; Conrad e Walsh, 1992). Hoje parece haver um novo interesse pelas implicações económicas da saúde na produtividade e competitividade das empresas (Goetzel

*et al.*, 1999). Mas as preocupações dos gestores ainda vão mais facilmente para as questões da segurança e do ambiente do que para a promoção da saúde dos seus colaboradores (DeJoy e Wilson, 1995).

É sabido que, no essencial, são os empregadores quem suporta uma parte substancial dos encargos com a saúde do seu pessoal no activo e/ou na reforma, incluindo muitas vezes o respectivo agregado familiar, através dos esquemas privados de seguro de saúde/doença e de fundos de pensões (Sloan *et al.*, 1987; Fielding e Breslow, 1983; U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 1999 e 2003). Em 1997, 75.9% da população activa trabalhadora estava coberta por um *employment-based health insurance*, enquanto 14.7% não tinha qualquer seguro, público ou privado. Na população desempregada, essa proporção era muito diferente: 33.2% e 46.4%, respectivamente (Bhandari, 2002). Em 2001, cerca de 15% da população norte-americana, activa e não-activa, continuava sem seguro de saúde/doença (Mills, 2002).

Nos EUA, tal como no Japão (Muto *et al.*, 1997), o prémio do seguro de saúde/doença tem um peso significativo no total dos custos de pessoal. Segundo diversas fontes citadas por Warner (1987: 42), na década de 1980, as empresas norte-americanas pagavam cerca de 80% de todos os prémios de seguros de saúde/doença privados e eram responsáveis, em 1985, por cerca de 20 a 25% do total das despesas nacionais com a saúde (estimadas então em mais de 400 mil milhões de dólares). Em 1992, o custo médio dos *medical benefits* era estimado em 3968 dólares por trabalhador, o que representava 42% dos lucros líquidos das empresas (Whitmer, 1995: 79). Para este analista, durante a década de 1980, o aumento anual das despesas com os cuidados de saúde tinha sido o dobro da inflação geral. Em 1992 as despesas com a saúde cifravam-se em 817 mil milhões de dólares, prevendo-se que pudessem atingir os 940 mil milhões no ano seguinte. "Increases over the next 5 years are projected at 12% to 13% per year (...). If trends continue, by the year 2030 medical care will account for about 28% of the Gross Domestic Product (...)".

Na realidade estas previsões não estavam totalmente erradas. O aumento anual médio das despesas de saúde (públicas e privadas) andou à volta dos 5% no período de 1995 a 2000. Mas em 1996 o seu montante global ultrapassavam o mítico limiar do *one trillion dollars* (leia-se: *one 1000 billion dollars*, nos EUA; ou um milhão de milhões de dólares, em português), e chegavam aos 14% do PIB em 2001 (Quadro II.30). Em termos simples, tal significava que no início do Séc. XXI, por cada dólar gasto na América 14 cêntimos iam para os cuidados de saúde. O interesse dos empregadores na redução dos custos com a prestação de cuidados de saúde era igualmente partilhado pelas *empresas seguradoras*, algumas das quais se tornaram muito activas, fazendo o *marketing* da PST e organizando, elas próprias, programas destinadas aos seus trabalhadores (por ex., a *Blue Cross of California*).

Quadro II. 30 – Evolução dos gastos com a saúde em % do PIB e outros indicadores (EUA, 1970-2001)

Ano	1970	1980	1990	1995	2000	2001
Indicador						
PIB (a)	1040	2796	5803	7400	9873	(d)
Gastos totais c/ a saúde (a)	73.1	245.8	686.0	990.3	1299.5	(d)
% dos gastos totais c/ a saúde no PIB (b)	6.9	8.7	11.9	13.3	13.1	13.9
Gastos totais c/ saúde per capita (c)	348	1067	2738	3698	4637	(d)

(a) Em mil milhões de dólares (b) Dados actualizados da OCDE (2003) (c) Em dólares (d) Não disponível

Fonte: OECD (2003) – OECD Health Data 2003 (b); U.S. National Center for Health Statistics (2002) (a) (c) (d)



**Quadro II. 31 – Algumas empresas europeias, seleccionadas como exemplos de boas práticas, em que a filosofia de gestão ou a cultura de empresa incorporam explicitamente o conceito de saúde e/ou promoção da saúde**

Empresa	País	Nº trabalha- dores	Sector de actividade	Conceito
Aer Rianta	Irlanda	1600	Administração aeroportuária	Introduziu o princípio da "co-determinação construtiva" como parte da Gestão da Qualidade Total
ASTRA AB	Suécia	5760	Indústria farmacêutica	'Slogan' da empresa: "Tudo o que é bom, pode melhorar" (a saúde incluída)
CGD - Caixa Geral de Depósitos	Portugal	10532	Serviços financeiros (Banca)	"Highly committed to the health promotion of its employees"
Eimskip	Islândia	790	Transportes marítimos	O sucesso empresarial depende da "saúde e bem-estar" dos seus colaboradores
ELAÏS	Grécia	400	Indústria alimentar	A saúde e o bem estar dos trabalhadores e suas famílias integram a "cultura da gestão da qualidade total"
ELIS	França	8000	Indústria têxtil	Tem um departamento de promoção da saúde desde 1989; segue os princípios da sua subsidiária norte-americana
FASA RENAULT	Espanha	12400	Indústria automóvel	Cada trabalhador é um "factor de produção valioso". A sua saúde e segurança são um pré-requisito do sucesso da empresa
Hydro Seafood Norway (Divisão de Movik)	Noruega	1400 (64 em Movik)	Pescas (Produção de salmão)	Afirmação da responsabilidade da empresa (pelas pessoas, pelo salmão e pelo ambiente)
Mannesmannröhren-Werke AG	Alemanha	12192	Siderurgia	Tem uma "longa história" de PST. Ganhou em 1993 o prémio BKK
NIKE	Bélgica	1500	Distribuição (Artigos e outro material desportivo)	A Nike tem "corporate principles on WHP"
NOKIA	Finlândia	21000	Engenharia eléctrica (telecomunicações)	"Total Wellness Programme"
Resibras SA	Portugal	25	Indústria química (Resinas sintéticas e semi-sintéticas)	A PST faz parte do princípio da "responsabilidade social" da empresa
SAB Tours	Áustria	159	Turismo e transportes públicos	Projecto "Active together": Trabalhar em "círculos de saúde" para reduzir o stresse
SAS – Scandinavian Airles System	Dinamarca	7900	Aviação comercial (Transporte áreo de passageiros e carga)	A PST faz parte da "corporate strategy" da SAS
Siemens	Holanda	3000	Indústria eléctrica e electrónica	A política da empresa tem como objectivo explícito "promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e proteger o ambiente"
Soludec SA	Luxemburgo	466	Construção	Pioneira no seu país no domínio da saúde e segurança no trabalho
Volkswagen AG	Alemanha	104000	Indústria automóvel (Fabrico de carros)	Na WW a protecção e a promoção da saúde "dão dividendos"

Fonte: Adapt. de European Network for Workplace Health Promotion (1999)

Face à escalada dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, era do interesse das seguradoras e dos empregadores dar maior ênfase à óptica da prevenção da doença do que ao seu tratamento (Fielding e Breslow, 1983). Eram também as empresas seguradoras que se mostravam mais activas no apoio à realização de encontros científicos sobre o tópico da avaliação económica da PST (Kaman, 1995). Hoje são as associações profissionais de educadores e promotores de saúde que lideram este sector, numa versão do *Health & Business*. Poderia citar-se o *American Journal of Health Promotion* (<http://www.healthpromotionjournal.com>), a *Association for the Workplace Health Promotion* (<http://www.awhp.org>), o *Institute for Health and Productivity Management* (<http://www.ihpm.org>), o *American College of Occupational and Environment Medicine* (<http://www.acoem.org>), *The Wellness Councils of America* (<http://www.welcoa.org/>) ou a *American Association of Occupational Health Nursing* (<http://www.aohnjournal.com/>).

Por outro lado, a *reestruturação* de largos sectores industriais e as profundas alterações tecnológicas e organizacionais, a par da política neoliberal, no plano social e económico, de Ronald Reagan, vieram aumentar os riscos associados ao stress no local de trabalho, riscos esses que terão custado às empresas, na década de 1980, um valor estimado em 150 mil milhões de dólares por ano (Fielding, 1989; Karasek e Theorell, 1990).

### 2.8.2. Filosofia de gestão e cultura de empresa

Por essa altura, a situação era bastante diferente na Europa. Estudos de caso feitos em multinacionais, europeias ou americanas, a operar no espaço comunitário no princípio da década de 1990 sugeriam que, em muitos casos, as razões então apresentadas como justificação do desenvolvimento de políticas de saúde no trabalho teriam mais a ver com a *filosofia de gestão ou a cultura da empresa* (Hauss, 1992 e 1992 a). As empresas norte-americanas mais do que as europeias tendiam a adoptar esta abordagem nos anos oitenta e noventa. "These policy statements can confine themselves to a search for excellence in all that the company undertakes, and this search extends into production and human resource management areas" (Wynne e Clarkin, 1992: 123-124). Exemplos de tais princípios, filosofias ou políticas podem ser encontrados em estudos de caso mais recentes, quer portugueses (Graça, 1999a, 1999c; Graça e Kompier, 1999) quer doutros Estados-membros (Gründemann e Vuuren, 1997; Kompier e Cooper, 1999; European Network for Workplace Health Promotion, 1999). Daí a sugestão de Wynne (1998a: 25) segundo a qual as "non-health issues can be important as prompting factors and as measures of success" (*Quadro II.31*).

Até à integração europeia, os empregadores portugueses não pareciam sentir ainda a pressão dos custos (directos e indirectos) ligados à protecção social dos trabalhadores (incluindo a protecção contra os riscos profissionais), contrariamente ao que se passava nos EUA e, mais recentemente, em Estados-membros da UE como a Holanda ou a Alemanha (Graça, 1995; Gründeman e Vuuren, 1997; Mossink e Licher, 1997).

O tradicional recurso à mão-de-obra *descartável*, barata, pouco ou nada qualificada, a par das políticas de *downsizing* e reengenharia dos últimos dez/quinze anos, da flexibilização do mercado de trabalho e da globalização, fazem com que, na generalidade dos casos, não haja uma premente necessidade de combater a rotação (ou saída) de pessoal. Mas os dados do problema começam já modificar-se com as perspectivas de alargamento da União Europeia em 2004, com o envelhecimento da população portuguesa e com o défice de qualificação.

Por fim, a reconversão e a reestruturação das empresas não tendem a ser vistas como uma oportunidade excepcional para reequacionar e redefinir as políticas de pessoal e, muito em particular, a política de saúde no local de trabalho, enquanto estratégia de valorização (actual e futura) do *capital humano*.

## **2.9. Os custos e os benefícios da saúde e segurança do trabalho**

### **2.9.1. Introdução**

É legítimo esperar-se que da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores resultem (i) benefícios para todos, incluindo os principais interessados, os trabalhadores e os empregadores, e que esses benefícios tenham (ii) relevância em termos sociais, económicos e financeiros (Mossink e Licher, 1997). A redução do absentismo por doença e acidente é um desses benefícios esperados pelas empresas portuguesas (Graça, 1995; Gründemann e Vuoren, 1997) e por outros *stakeholders* como a Segurança Social e as seguradoras: basta referir que, no período de 1985-1998, as despesas anuais com o subsídio por doença e com os encargos por doença profissional corresponderam em média a mais de 0.5% do PIB, valor ligeiramente abaixo do montante da despesa privada com os seguros de saúde e os acidentes de trabalho (0.6% em 1995) (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999).

No entanto, não é vulgar entre nós fazer-se análises de custo/benefício ou de custo/efectividade no domínio das políticas de saúde no trabalho, incluindo a prevenção do absentismo por incapacidade temporária para o trabalho (Kaman, 1995; Gründemann e Vuoren, 1997; Graça, 1998; Mossink, 1998). O simples cumprimento da legislação e regulamentação em matéria de SH&ST ou a melhoria da imagem da empresa podem ser apresentados como benefícios, mais ou menos óbvios. O problema é que eles não são facilmente reconhecidos pelo sistema contabilístico da empresa. E não são reconhecidos justamente porque não existe um sistema integrado de gestão da SH&ST. Os próprios custos dos acidentes de trabalho e da doença, nomeadamente os indirectos, tendem a ser ignorados ou escamoteados, acabando por se diluir nos *overheads* ou custos gerais da actividade operacional da empresa.

Por outro lado, há dificuldades de natureza teórico-metodológica e prática na identificação e avaliação de certos benefícios imateriais como a melhoria do clima organizacional ou a melhoria da qualidade de vida no trabalho. De qualquer modo, não se pode dissociar o binómio custo/benefício, mesmo que seja mais fácil calcular ou estimar os custos do que demonstrar os benefícios (Finland. Ministry of Social Affairs and Health, 1999).

### **2.9.2. Os benefícios**

A análise de custo/benefício tem de ser contextualizada, e nomeadamente deve ter em conta as especificidades próprias de cada país (v.g., mercado de trabalho, sistema de protecção social, estrutura empresarial, legislação laboral).

Quadro II. 32 – Potenciais benefícios e beneficiários da protecção e promoção da saúde no trabalho no contexto específico dos EUA

Potencial beneficiário Potencial benefício	Empre- gador	Traba- lhador	Socie- dade
Redução dos prémios de seguros de saúde	✓		
Redução das pensões e indemnizações por invalidez e morte	✓		
Redução dos custos de tratamento médico e hospitalar	✓	✓	
Redução de outros custos relacionados com a saúde/cuidados de saúde		✓	✓
Redução das despesas de saúde suportadas pelo Estado			✓
Redução do absentismo	✓		
Redução das baixas por doença		✓	
Redução dos acidentes de trabalho	✓	✓	
Redução da taxa de rotação de pessoal e dos custos de substituição	✓		
Aumento da produtividade	✓		
Aumento do moral dos trabalhadores	✓		
Melhoria do moral devido à preocupação da gestão com a saúde e o bem-estar		✓	
Maior apoio dos colegas e chefias devido aos comportamentos de saúde		✓	
Melhoria da saúde e da qualidade de vida	✓	✓	
Aumento da satisfação com as actividades de saúde		✓	
Redução de deslocações aos (e tempo de espera nos) serviços de saúde		✓	✓
Ênfase na protecção e promoção da saúde <i>versus</i> tratamento da doença			✓

Fonte: Adapt. de Hollander e Lengermann (1988: 492)

O estudo da Fundação Europeia, já atrás citado, mostrou como os benefícios percebidos no domínio da saúde no trabalho podem ser variáveis de país para país (Wynne e Clarkin, 1992). Por exemplo, só (i) as empresas alemãs é que davam importância à *melhoria da imagem externa* como benefício resultante das suas políticas, programas e actividades de saúde e segurança no trabalho; (ii) as empresas holandesas, por sua vez, valorizavam a *melhoria da motivação do pessoal*. Em contrapartida, em (iii) países da Europa do Sul como a Espanha, a Grécia e a Itália a *melhoria das relações colectivas de trabalho* aparecia, algo surpreendentemente, como um dos três principais benefícios. Em todo o caso, (iv) a *melhoria da saúde dos trabalhadores* surgia como o benefício mais referido (Alemanha, Espanha, Irlanda e Itália).

Num outro contexto, o dos EUA, a principal motivação das empresas, como já foi referido, teria a ver fundamentalmente com o controlo dos *custos com os cuidados médicos* e com os *prémios de seguros de saúde* (Warner *et al.*, 1988; Kaman, 1995). A realidade é, porém, mais complexa: tal como existem custos ocultos, também pode haver benefícios ocultos, como por exemplo, um maior controlo social no local de trabalho (Conrad, 1997; Conrad e Walsh, 1992).

Por outro lado, os benefícios, económicos e/ou sociais, que decorrem da protecção e promoção da saúde no trabalho, não revertem só para o *empregador*: são também para o *trabalhador e a sua família* (por ex., melhoria da saúde individual), para o *Estado* (através da redução das despesas do *Serviço Nacional de Saúde* e da *Segurança Social*), para as *seguradoras*, para a *economia* e para a *sociedade civil* em geral (Quadro II. 32).

### 2.9.3. Os custos

No entanto, a generalidade das empresas (a começar pelas portuguesas) têm dificuldade em eleger e avaliar os custos com a protecção e a promoção da saúde (Graça, 1995; Dorman, 2000; JISHA, 2000; Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003). Não só os custos com a incapacidade temporária e de longa duração, resultante dos acidentes e das doenças, como também o investimento na melhoria das condições de trabalho, a par dos encargos com a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST: *despesas correntes* (v.g., remuneração dos profissionais de SH&ST, exames médicos, material de consumo, formação) e *despesas de capital* (v.g., equipamento de SH&ST, viaturas, instalações). Estes elementos de informação contabilística e financeira deviam fazer parte integrante do *sistema de gestão da SH&ST* (OIT, 2002). Acontece que não constam sequer do modelo de relatório anual da actividade dos serviços de SH&ST.

Em 1992 os *custos directos* dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais na UE foram estimados em 27 mil milhões de Euros (cerca de 5400 milhões de contos). Mas este número, representa apenas a ponta do *iceberg*, já que os *custos indirectos e ocultos* são muito mais altos (Litske, 1998). Além disso, muitos desses custos tendem a ser *socializados*, repercutindo-se sobretudo no indivíduo, na sua família, na sociedade civil e no Estado (Dorman, 1998).

Quadro II. 33 - Custos económicos dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais nos EUA (1992)

Categoria	Nº	Custo em mil milhões de dólares (\$)	Custo em % do total
Acidentes de trabalho		148.4 (a)	85.4
Mortais	6 529	3.8	2.2
Não mortais	13 247 000	144.6	83.2
Doenças profissionais		25.3	14.6
Mortais	60 290	19.5	11.3
Não mortais	862 200	5.8	3.3
Total		173.7	100.0

(a) Directos= 50.1 mil milhões de dólares (33.8%); Indirectos= 98.3 mil milhões de dólares (66.2%) Fonte: Leigh et al. (1996), cit. por Dorman (2000)

Com referência ao mesmo ano, o custo económico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais nos EUA foi estimado por uma equipa de investidores do NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) em 3% do PIB (Leigh *et al.*, 1996; Dorman, 2000) (Quadro II.33). No entanto, quatro quintos desses custos eram suportados pelo trabalhador e sua família, 9% desses custos repercutiam-se no consumidor e apenas 11% eram suportados directamente pelo empregador.

Um terço dos custos dos acidentes de trabalho diziam respeito a custos directos: destes, metade eram custos *médico-hospitalares* (25.1 mil milhões de dólares), seguidos pelo prémio de seguro de acidentes de trabalho e de *overheads* para o sistema segurador, num total de 14.6 mil milhões de dólares (29.1%). Por custo directo entende-se aquele que assume a forma de uma pagamento em espécie, independentemente de ser um custo interno ou externo ou de ser ou não imputado ao centro de custos da SH&ST na empresa. Em contrapartida os custos indirectos são vistos como custos de oportunidade, sendo na sua grande maioria constituídos por *rendimentos do trabalho* perdidos (82.5 mil milhões de dólares, ou seja, 84%). As outras duas principais rubricas eram a *quebra de produção* (8.2 mil milhões de dólares ou 8.3%) e os encargos com formação, substituição e disfuncionamento do pessoal (5.2 mil milhões de contos ou 5.3%).

Para evitar a grande confusão que muitas vezes se depara ao leitor na revisão de literatura talvez valha a pena fazer alguns distinções a propósito dos custos da SH&ST e da sua relevância para o decisor individual (Dorman, 2000). Por exemplo, um custo diz-se (i) *directo* se esse custo puder ser identificado, medido e contabilizado através do sistema contabilístico da empresa. Permite saber até que ponto o decisor individual dá conta da existência de potenciais incentivos económicos. Se o custo for pago pela unidade económica que o produziu, diz-se que é (ii) *interno*. Esta distinção é relevante na medida em que determina o grau de discrepância entre o incentivo económico para o decisor individual e o correspondente incentivo para a sociedade. Se o custo tomar a forma de dano aos bens e serviços produzidos e se estes tiverem (ou puderem vir ter) um preço, então o custo diz-se *económico*. Constitui um argumento de peso para o gestor intervir, independentemente das considerações de ordem ética ou de saúde pública. Por fim, um custo será *constante* se não estiver dependente das alterações da incidência e gravidade dos AT/DP: pode ser o caso, por ex., do prémio de seguro. Sendo um custo variável, ele determina um incentivo económico para o decisor individual tomar medidas de prevenção e protecção.

Há várias razões por que as empresas não se mostram muito empenhadas em identificar e medir os custos indirectos dos acidentes: (i) é complexo e caro; (ii) os gestores têm geralmente uma agenda de trabalho sobrecarregada; (iii) além disso, alegam não ter vocação nem formação para se envolverem em actividade de protecção e promoção da saúde; (iv) há enviesamento nos métodos contabilísticos; (v) não é fácil imputar responsabilidades a quem produz o acidente; (vi) os profissionais e os serviços de SH&ST têm um baixo estatuto na organização; e, por fim, (vii) há a regra de ouro das organizações *Don't ask, don't tell* (Dorman, 2000).

A título ilustrativo enumeram-se alguns dos custos indirectos mais característicos dos AT: (i) interrupção imediata da produção, na sequência do AT; (ii) moral dos colegas de trabalho é afectado; (iii) pessoal destacado para análise do AT e elaboração do respectivo relatório de investigação; (iv) recrutamento e formação de trabalhador substituto; (iv) danos e perdas causados a máquinas e equipamentos (desde que não detectados directamente pelo sistema contabilístico); (v) decréscimo da qualidade do produto, a seguir ao AT; (vi) redução da produtividade do trabalhador acidentado em posto de trabalho alternativo; (vii) *overhead* ou custos gerais por actividade suplementar necessária para absorver os custos específicos dos acidentes.

Recentemente o Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do Trabalho fez um pequeno estudo exploratório sobre os custos dos acidentes de trabalho, ocorridos nas empresas do Balanço Social, durante o ano de 2000. Nesse ano, os acidentes de trabalho representaram 7.5 milhões de horas de trabalho perdidas, ou seja, 6.5% do total do absentismo. Estamos a falar de uma população de 2214 empresas, com 100 ou mais trabalhadores, com um volume de emprego superior a 840 mil. A taxa de absentismo (calculada com base no Potencial Máximo Anual) foi de 7.6%, maior nas indústrias transformadoras (9.4%) e menor nas actividades financeiras (4.2%). No conjunto destas empresas ocorreram 64787 acidentes de trabalho, dos quais apenas 5% foram acidentes *in itinere*. Mais de 55% destes acidentes provocaram baixa igual ou superior a 1 dia. Houve 38 casos mortais (menos 39 do que em 1996). Com base no VAB horário de cada sector de actividade, multiplicado pelo número de horas perdidas por acidente, estimou-se em perto de 184 milhões de euros o valor do Valor Acrescentado Bruto que teoricamente terá sido perdido (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003).

Acrescente-se mais a seguinte informação: (i) os acidentes de trabalho com baixa apurados no Balanço Social de 2000 correspondem apenas a menos de 20% do total das participações, feitas às companhias de seguros, relativamente a acidentes com um ou mais dias de ausência (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003a); (ii) a estes custos (ocultos) há que acrescentar outros custos directos e indirectos, embora nem todos sejam suportados pelo empregador (v.g., prémio de seguros de acidentes de trabalho, custos de substituição, custos judiciais em caso de litígio, imagem da empresa, clima organizacional, perda de rendimento).

#### 2.9.4. A análise de custo/benefício

É legítimo que os diferentes *stakeholders*, do Governo aos empregadores, façam perguntas do género: (i) vale a pena investir na protecção e promoção da saúde da população trabalhadora?; (ii) neste domínio tem havido ganhos efectivos e concretos em saúde?; (iii) até que ponto elevados padrões de SH&ST contribuem para melhorar não só a produtividade, a competitividade e qualidade como também a criatividade e a inovação nas nossas empresas?; (iv) há suficientes incentivos (económicos, financeiros, fiscais, etc.) para se investir na melhoria das condições de trabalho e na saúde dos trabalhadores? (v) não será excessiva e desproporcionada regulamentação nacional e comunitária em matéria de SH&ST com efeitos negativos na competitividade das empresas, e em particular das pequenas e médias empresas (PME)? (vi) sabe-se quais são os custos e os benefícios da participação dos trabalhadores e/ou dos seus representantes na gestão do sistema de SH&ST?

Estas e outras questões têm vindo a ser debatidas ultimamente na União Europeia. Um marco de referência foi a realização da *European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health*, em Haia, entre 28, 29 e 30 de Maio de 1997, durante a presidência holandesa da União Europeia (Mossink e Licher, 1997; Graça, 2002d).

Para os decisores e profissionais de saúde também é muita actual a discussão da análise de custo/benefício e sobretudo de custo/eficácia das políticas de saúde no trabalho. Mas estas questões não são de fácil e pacífica resposta (Kaman, 1995; Mossink e Licher, 1997; Dorman, 2000).

Por um lado, é geralmente reconhecida a necessidade de reduzir os custos resultantes do absentismo por doença, custos esses estimados entre 1% a 4% do PIB de cada Estado-membro da União Europeia com óbvias implicações na *produtividade, qualidade e competitividade* das empresas (Gründemann e Vuuren, 1997). Mas, por outro, não há consenso quanto aos possíveis resultados da análise de custo/benefício e à necessidade de reorientar as políticas e os serviços de SH&ST (Graça, 1999e): enquanto os empregadores pedem mais simplificação legislativa, mais desregulamentação e mais flexibilidade organizacional, os trabalhadores e os seus representantes receiam que a análise de custo/benefício, enquanto instrumento de gestão, possa ter efeitos perversos ou não-desejados (por ex., levar à redução do nível de protecção de saúde no local de trabalho).

#### 2.9.5. Custos e benefícios da SH&S. Alguns dados internacionais (Japão e EUA)

Não se sabe, com rigor, quais são os custos com a Saúde (incluindo a SH&ST) suportados pelas empresas portuguesas. Os elementos disponibilizados pelo Balanço Social são escassos e pouco rigorosos (Graça, 2002 b). Mesmo a nível internacional os estudos também não abundam (Dorman, 2000; JISHA, 2000).

Há um estudo, entretanto disponível, que foi realizado em quatro empresas japonesas, todas elas de grande dimensão, com mão-de-obra essencialmente masculina, uma média etária de 40 anos, e com um número variável de profissionais de SH&ST (entre 3 e 35). Os dados foram obtidos através de questionário postal, respondido pelo director financeiro da empresa ou pelo coordenador dos respectivos serviços de SH&ST. Analisando o *Quadro II.34*, verifica-se que nestas quatro empresas japonesas (uma de transportes ferroviários e as restantes das indústrias transformadoras) os custos, directos e indirectos, da Saúde (incluindo a SH&ST) representavam, em média, 5.5% da massa salarial ou *total payroll*.

O *total payroll* é constituído pelo essencial dos custos (directos e indirectos) com a mão-de-obra, incluindo salários e outras remunerações e excluindo as contribuições patronais para fundos de pensões, as regalias sociais e os custos com a SH&ST.

Em Portugal, é muito provável que o conceito de massa salarial seja mais abrangente do que no Japão. De acordo com os indicadores do Balanço Social (Quadro 2 do modelo n.º 1218 da INCM) bem como com o *Inquérito Quadrienal ao Custo da Mão-de-Obra* (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1999), na composição dos *custos totais com o pessoal* há que distinguir os custos directos e os custos indirectos. Nos *custos directos* incluem-se explicitamente: (i) *Ganho directo* (= remuneração base + subsídios e prémios regulares; (ii) *subsídios e prémios irregulares* (por ex., subsídios de férias e de Natal, participação nos lucros, distribuição de títulos, outras gratificações e pagamentos não periódicos); (iii) *pagamentos em género* (por ex., alimentação, habitação, gasolina).

Quadro II. 34 - Custos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) Unidade: \$ Dólar (EUA)

Empresa	A (Indústria automóvel)	B (Indústria química)	C (Indústria electrónica)	D (Transportes ferroviários)	Média (A + B + C + D)
<b>Custos</b>					
Custo médio anual do pessoal (a)	98700	62900	67800	58200	71900
Custos directos da Saúde + SH&ST (b)	4520	2750	3800	3600	3668
Custos indirectos da Saúde + SH&ST (c)	535	40	277	146	250
Total dos custos da Saúde + SH&ST (d=b+c)	5055	2790	4077	3746	3918
Índice de Saúde + SH&ST (d/a) (%)	5.1	4.4	6.0	6.4	5.5

Fonte: Adapt. de Muto et al. (1998: 256)

Nos *custos indirectos* da mão-de-obra, estão incluídos os seguintes: (iv) *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos* a cargo da entidade patronal: por ex., contribuições patronais para a Segurança Social, prémio de seguro de acidentes de trabalho e outros montantes contratuais, convencionais e facultativos para regimes complementares de segurança social, nomeadamente privados; (v) *outros custos de carácter social*, tais como despesas de funcionamento dos serviços sociais; despesas líquidas ou subsídios para cantinas e outros serviços de aprovisionamento; despesas com instalações de serviços de carácter educativo, cultural e recreativo; despesas de manutenção e subsídios para creches, jardins de infância e escolas; despesas com subsídios ou bolsas de estudo concedidas aos trabalhadores e seus descendentes; outros custos sociais; (vi) *custos com a formação profissional* (quer de aprendizes e praticantes ligados ao estabelecimento por um contrato quer de trabalhadores ao serviço da empresa), desde que exclusivamente suportadas pela entidade empregadora (deduzidas, portanto, de eventuais subsídios); (vii) *outros custos com o pessoal* (montante das despesas efectuadas com o transporte de pessoal de casa para o trabalho e vice-versa, vestuário de trabalho, recrutamento).



Voltando aos estudos de caso japoneses, há que referir que, para a estimativa dos *custos indirectos*, foi tido em conta o tempo de trabalho perdido por cada trabalhador no âmbito das actividades e programas de saúde (por ex., tempo despendido nas reuniões da Comissão de SH&ST, tempo de espera no gabinete do médico do trabalho, tempo gasto nas sessões de educação para a saúde ou outras actividades de promoção de saúde). Por fim, os custos indirectos foram calculados multiplicando o tempo pelo salário médio dos trabalhadores (Muto *et al.*, 1998: 255).

De acordo com o *Quadro II.35*, o prémio do seguro de saúde/doença constituía, em média, mais de dois terços dos custos directos (que, por sua vez, representavam 94% do total dos custos da Saúde, incluindo a SH&ST). Em segundo lugar, vinham os encargos com o seguro de acidentes de trabalho: cerca de 15%.

Quadro II. 35 — Estrutura dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) (%)

Empresa	A (Indústria automóvel)	B (Indústria química)	C (Indústria electrónica)	D (Transportes ferroviários)	Média (A + B + C + D)
<b>Custos</b>					
Prémio de seguro de saúde/doença	68.6	80.0	73.7	52.8	68.2
Prémio de seguro de acidentes de trabalho	25.0	9.5	12.1	9.4	14.9
Profissionais de saúde (médicos e não médicos)	3.9	5.1	8.2	2.2	4.8
Instalações e equipamentos	1.1	1.8	0.5	0.6	1.0
Exames de saúde (periódicos e ocasionais)	0.8	0.7	2.6	2.8	1.8
Administração geral	0.4	0.7	0.3	0.3	0.4
Melhoria das condições de trabalho	0.0	0.7	1.6	27.8	7.4
Melhoria da organização do trabalho	0.0	1.1	0.5	3.3	1.2
Educação/Promoção da saúde	0.0	0.4	0.5	0.8	0.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total (\$ Dólar EUA)	\$ 4520	\$ 2750	\$ 3800	\$ 3600	\$ 3668

Fonte: Adapt. de Muto *et al.* (1998: 256)

Quadro II. 36 — Comparação dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) no Japão, por trabalhador (1995), segundo duas fontes  
Unidade: \$ Dólar (EUA)

Custos directos	Muto <i>et al.</i> (1998)	%	FJAP (1996)	%
Custo médio do pessoal (a)	71900	100.0	61609	100.0
Prémio de seguro de saúde/doença (b)	2500	3.5	2278	3.7
Prémio de seguro de acidentes de trabalho (c)	548	0.8	329	0.5
Organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (d)	620	0.9	103	0.2
Prestação de cuidados de saúde (e)	-	0.0	226	0.4
Custos directos específicos da SH&ST (g=c+d+e)	1168	1.6	658	1.1
Total (f=b+c+d+e)	3668	5.1	2936	4.8

Fonte: Adapt. de Muto *et al.* (1998: 257)

Os resultados respeitantes a estas quatro empresas podem, entretanto, ser comparados com os do inquérito anual sobre os custos da Saúde (incluindo a SH&ST), levado a cabo pela Federação Japonesa das Associações Patronais (abreviadamente, FJAP) (*Quadro II.36*).

Os *custos directos* da Saúde (incluindo a SH&ST) das empresas no Japão, em meados da década de 1990, eram mais ou menos equivalentes aos dos EUA (que, por sua vez,

andariam à volta dos 3500 dólares, por trabalhador, em 1994). Esses custos representavam, em média, 5% do total do custo médio do pessoal.

Mais difícil era de estimar os *custos indirectos*: neste caso apontava-se apenas para 6% do total dos custos da saúde, o que parece pecar por defeito. Os próprios autores reconheciam que, na literatura sobre este tópico, os custos indirectos podiam ir de 20% dos custos totais a dez vezes mais do que os custos directos (Muto *et al.*, 1998: 257).

Se excluirmos o *prémio de seguro de saúde/doença* (que, só por si, representava mais de dois terços do total dos custos directos), o *índice de SH&ST* (=Custos directos específicos da SH&ST / Custo médio do pessoal) andaria à volta de 1.5% no Japão, em meados da década de 1990.

Um outro estudo japonês debruçou-se sobre a análise de custo/benefício das medidas de prevenção dos riscos profissionais. Dos 1368 questionários postais que foram enviados a empresas e estabelecimentos pela *Japan Industrial Safety and Health Association* (JISHA), foram considerados como válidas 139 respostas (10.9%). A amostra abrangia mais de 100 mil trabalhadores (média por empresa ou estabelecimento:732), com uma média etária de 39.3 anos, um salário médio mensal à volta de 3300 dólares e uma média de horas semanais de 8.15. Mais de 90% das empresas e estabelecimentos pertenciam à indústria transformadora (n=127) (JISHA, 2000).

Quadro II. 37 - Montante médio dos custos e benefícios da SH&ST por empresa ou estabelecimento no Japão (n=139) (\*)

Custos	%	Benefícios	%
1. Medidas de prevenção e protecção	75.2	1. Efeito primário: Eliminação ou redução dos acidentes	83.7
2. Acidentes	24.8	2. Efeito secundário: Melhoria da produtividade e qualidade, prestígio e outros	16.3
Total (em milhões de dólares)	\$ 2.42	Total (em milhões de dólares)	\$ 6.54
Custo médio por trabalhador (em \$ dólares)	c. \$ 3310	Benefício médio por trabalhador (em \$ dólares)	c. \$ 8930

(\*) N° médio de trabalhadores a tempo inteiro: 732

Fonte: Adapt. de JISHA (2000)

Em média, as empresas da amostra gastaram, no ano económico de 1999, 2.4 milhões de dólares com a SH&ST: 25% do total dos custos têm a ver com os acidentes de trabalho e doenças profissionais e os restantes 75% com a prevenção dos riscos profissionais, incluindo a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST. Em contrapartida, os benefícios resultantes da aplicação de medidas de prevenção e protecção seria 2.7 vezes superior aos custos (*Quadro II.37*).

Fazendo uma extrapolação destes resultados para o universo empresarial japonês, os autores do estudo concluem que o total dos custos anuais com a SH&ST seria da ordem dos 107 mil milhões de dólares: 62 mil corresponderiam a medidas de prevenção dos riscos profissionais (57.9%) ; e 45 mil a custos provocados pelos acidentes (42.1%). Este montante é equivalente a 2.2% do PIB japonês. Em contrapartida, os benefícios com a SH&ST seriam 2.7 vezes superiores aos custos, o equivalente ao VAB (Valor Acrescentado Bruto) do sector japonês dos transportes e comunicações. O rácio custo/benefício obtido seria, pois, claramente positivo (1 : 2.7).

Quadro II. 38 - Estrutura dos custos da SH&amp;ST no Japão (em dólares e em % do total)

I. Medidas de prevenção e protecção		II. Custos provocados pelos acidentes	
Item	%	Item	%
Protecção colectiva (máquinas e equipamentos) e individual (EPI)	48.7	Prémios de seguros de AT (incluindo complementos)	62.6
Custos de pessoal (Comissão de SH&ST, grupos de avaliação de riscos, etc.)	21.6	Prémios de seguros do ramo não-vida (11)	18.2
Organização e gestão dos serviços de SH&ST (incluindo remuneração dos profissionais)	14.4	Reparações em caso de responsabilidade civil (13)	7.8
Controlo de riscos	5.5	Remunerações complementares	3.7
Outros custos	5.1	Redução do VAB resultante da perda de capacidade de trabalho	2.1
Formação em SH&ST	2.5	Danos causados às próprias vítimas de acidentes	1.6
Programas e actividades de SH&ST (4)	2.4	Custos por litigação judicial	1.4
Primeiros socorros	0.2	Danos e perdas em máquinas e equipamentos	1.4
		Dias perdidos por colegas e superiores	1.2
Total (em dólares) (*)	\$ 1.82	Total (em dólares)	\$ 0.60

(\*) Encargos c/ a SH&ST 'per capita' = \$ 1.820.000 x 732 trabalhadores (média) = \$ 2486

Fonte: Adapt. de JISHA (2000)

De acordo com este estudo, que segue uma metodologia diferente da adoptada por Muto *et al.* (1998), as empresas japonesas despendiam, por trabalhador e por ano, cerca de 2500 dólares (Quadro II.38), valor esse que pode pecar por excesso, já que no questionário usado pela JISHA (2000) não se faz a distinção (fundamental, em termos contabilísticos) entre *despesas de capital* e *despesas correntes*. Nas primeiras dever-se-á incluir a aquisição de máquinas e equipamentos com protecção colectiva, além do equipamento de protecção individual (EPI); esta rubrica, só por si, representaria quase 50% do total. Em termos contabilísticos, não parece legítimo afectar as despesas de capital a um único exercício.

Se o principal benefício da SH&ST ainda é a eliminação ou redução dos acidentes de trabalho (84% do total), não é de ignorar ou desprezar os restantes benefícios colaterais ou de nível secundário, tais como: (i) melhoria da produtividade; (ii) melhoria da qualidade; (iii) melhoria da motivação no trabalho e outros aspectos do moral do pessoal, melhoria das relações hierárquicas de trabalho e melhoria das relações entre colegas; (iv) melhoria da imagem da empresa e reforço do seu prestígio no mercado e na comunidade, efeitos no recrutamento de pessoal e outros benefícios a nível da avaliação do desempenho social da empresa; e, por fim, (v) benefícios resultantes da redução do risco de baixas precoces, atrasos, absentismo, *turnover* e doença (JISHA, 2000).

De acordo com os dados do *National Survey of Worksites Health Promotion Activities* de 1992, em apenas 12% dos locais de trabalho se fazia uma *avaliação formal* das actividades e programas de prevenção da doença e de promoção da saúde. Na brochura *Health Promotion Goes to Work* (1993), editada pelos serviços de saúde pública norte-americanos, há exemplos de avaliações de processo e de resultados que vão desde a informação meramente subjectiva até às análises altamente sofisticadas (incluindo a análise de custo/benefício e de custo/eficácia, *longitudinal cohort studies*, estudos de caso/controlo). Na literatura pode ser encontrada informação detalhada sobre a avaliação de alguns dos mais conhecidos programas de PST bem como a metodologia usada (U. S. Department of Health and Human Services, 1993; Canada. Health Canada, 1996?).

Em geral trata-se de análises de custo/benefício. Entre outras poderia citar-se o caso de empresas já aqui mencionadas, tais como: (i) *Travelers Insurance Company* (que introduziu o seu *Taking Care Program* em 1986, abrangendo cerca de 36 mil empregados e pessoal reformado) (Golaszewski *et al.*, 1992); (ii) *Du Pont Company*, com cerca de 100 mil trabalhadores (*Health Horizons*, iniciado em 1981) (Bertera, 1990 e 1991); (iii) *Johnson & Johnson*, com 28 mil (*Live for Life*, iniciado em 1979) (Wilbur *et al.*, 1986; Blair *et al.*, 1986; Bly *et al.*, 1986; Shipley *et al.*, 1988; Breslow, 1990); *AT&T Communications*, 250 mil (*Total Life Concept*, 1983) (Spilman *et al.*, 1986; Spilman, 1988).; General Motors, 4 fábricas de montagem, com 1500 a 3000 trabalhadores cada uma (*Wellness Program*) (Erfurt *et al.*, 1990; Erfurt, Foote e Heirich, 1991; Heirich *et al.*, 1993).

## 2.9.6. Portugal: Dados do Balanço Social

### 2.9.6.1. Custos de pessoal

Em Portugal, não é fácil obter este tipo de dados, ou seja, saber qual é a proporção dos: (i) *custos directos e indirectos da Saúde* (incluindo a SH&ST) no total dos custos com o pessoal; (ii) *encargos específicos, directos e indirectos, da SH&ST* no total dos custos com o pessoal.

A única fonte com alguma informação potencialmente interessante, embora limitada, é o Balanço Social. Todavia, não há uma *rubrica específica* sobre os encargos (legais, contratuais, convencionais e facultativos) relativos ao *sistema de gestão da SH&ST*, quer no Balanço Social quer no Relatório Anual da Actividade dos Serviços de SH&ST.

Nas cerca de 2 mil maiores empresas sujeitas à obrigação legal de apresentação do Balanço Social, a parte dos *custos directos* (remuneração-base e outras remunerações, regulares e irregulares) representava, em 1996, 72.9% do total. O custo médio do pessoal situava-se nos 3145 milhares de escudos. Havia, naturalmente, variações quer no montante quer na composição desse custo médio, em função do sector de actividade. Por sua vez, o peso dos *custos indirectos* no total do custo médio anual com o pessoal andava nos 27% (15.4% na *Saúde e Acção Social*; 30.8% na *Construção Civil e Obras Públicas*).

No período de 1991-1999, o peso dos *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos*, no total dos custos com o pessoal, andava à volta dos 19.3%, com tendência para decrescer a partir de 1994. Notava-se, por outro lado, uma ligeira tendência, em 1998, para aumentar o peso relativo do salário directo (ou fixo) enquanto a parte variável da remuneração (subsídios e prémios irregulares, incluindo o pagamento em géneros) atingia os 13%.

Os custos com a *formação profissional* bem com *outros custos de carácter social* continuavam a representar, em média, cerca de 3.3%. Mas enquanto os primeiros se mantiveram constantes (0.8%) ao longo do período da década de 1990, a evolução dos *outros custos de natureza social* foi mais irregular e imprevisível: 2.7% em 1991, 2.5% em 1995, 2.4% em 1999 (Graça, 2002).

Nos custos com a formação profissional e nos outros custos de natureza social não é possível discriminar os que são imputáveis ao *sistema de gestão da SH&ST*. O mesmo acontece, aliás, com as outras rubricas (por ex., *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos*).

No conjunto das empresas abrangidas pelo Balanço Social, constata-se que o custo médio anual do pessoal teve um crescimento superior a 60%, entre 1991 e 1999 passando de cerca

de 2100 contos para 3722 contos, muito embora a evolução do *salário directo* (salário base + remunerações regulares) tendesse a estabilizar-se nos 60% da massa salarial durante a primeira parte da década de 1990. Por outro lado, o peso dos custos com pessoal no *Valor Acrescentado Bruto* (VAB) continuava a ser muito elevado, condicionando a melhoria da *produtividade do trabalho*: esse valor era superior a 60% em mais de metade das empresas. Em 2000, o custo médio anual do pessoal (N=840 495) das empresas (N= 2204) do balanço social situava-se nos 19230 euros.

Em 1993, cerca de 60% das empresas com 100 ou mais trabalhadores despenderam 9.2 milhões de contos em *complementos de subsídio por doença e doença profissional*, ou seja, mais de 20 contos, por trabalhador (Graça, 1995).

Também não se dispõe de informação desagregada de modo a poder calcular o montante, por trabalhador e por ano, dos *descontos patronais obrigatórios para a Segurança Social* (taxa única de 23.75%, incluindo 2.1% para cobrir as eventualidades de doença e de doença profissional), bem como o *seguro de acidentes de trabalho*, que é obrigatório por lei.

Por outro lado, e contrariamente ao que se passa no Japão e nos EUA, o *seguro de saúde/doença* não está generalizado nas nossas empresas; e naquelas onde existem (por ex., multinacionais e grupos económicos nacionais), o seu grau de cobertura das despesas médicas e hospitalares é limitado. Além disso, ainda é visto apenas como uma forma de *protecção social complementar*. E, em muitos casos, é considerado um *fringe benefit* de que só beneficiam certas categorias de trabalhadores (por ex., pessoal dirigente, quadros superiores e intermédios).

Lançado no mercado em meados da década de 1980, o seguro de saúde/doença conheceu uma certa expansão a partir de 1989 e sobretudo a partir de 1995. Em 2000 o número de apólices atingia já quase as 363 mil, para um total de segurados da ordem dos 1.4 milhões (62.4% no âmbito de seguro de grupo). O volume de prémios brutos deste ramo era então 248 milhões de euros (cerca de 175 euros por segurado) (Portugal. Instituto de Seguros de Portugal, 2002). Admitindo que uma parte dos trabalhadores das empresas abrangidas pelo balanço social estejam também cobertas pelo seguro de saúde/doença (grupo), o seu custo médio não deverá ultrapassar 1% da massa salarial.

Quadro II. 39 – Estatísticas dos seguros de acidentes de trabalho (1999 e 2000)

Ano	2000	1999	Δ %
Prémios brutos (1000 €)	636 213	462 084	+ 37.7
Custos c/ sinistros brutos (1000 €)	522 835	375 784	+ 39.1
Nº de apólices (seguro directo)	647 924	543 822	+ 19.1
Salários seguros	31 914 682	21 565 581	+ 48.0
Prémio/salário (%)	1.99	2.14	- 7.0
Nº de sinistros ocorridos	250 299	236 111	+ 6.0

Fonte: Portugal. Instituto de Seguros de Portugal (2002)

Estes valores, de qualquer modo, não se podem comparar com os do *seguro de acidentes de trabalho*. Ainda de acordo com a mesma fonte, os prémios brutos de seguros de acidentes de trabalho ultrapassavam os 636 milhões de euros em 2000 e o encargo para o tomador do seguro (empregador ou trabalhador independente) andaria à volta dos 2% da massa salarial (Quadro II. 39).

No Balanço Social das empresas não é possível desagregar o montante dos encargos com o *seguro de saúde/grupo* do total dos custos com os *seguros especiais* (vida e acidentes pessoais, além da saúde) (vd. modelo n.º 1218 da INCM: 5. *Protecção social complementar*, 5.4. *Outras modalidades de apoio social*, 5.4.4. *Seguros especiais*).

Também não é possível distinguir, no quadro 2 do referido modelo (*Custos com pessoal*), os *encargos legais, convencionais e facultativos* a cargo da entidade empregadora (2.4), onde se incluem os *prémios de acidentes de trabalho* e os *descontos obrigatórios para a Segurança Social* (TSU—Taxa Social Única cujo montante máximo é de 34.75%, sendo imputado 23.75% à entidade patronal). De acordo com a desagregação da TSU, feita pela Comissão do Livro Branco da Segurança Social (1999: 64), com base na Conta de 1995, 3.1% dos descontos dos empregadores e dos trabalhadores destinam-se a cobrir os custos das eventualidades *doença* (2.6%) e *doença profissional* (0.5%). Proporcionalmente, estas duas eventualidades têm um custo fixo de 2.1% ( $=3.1 \times 23.75/34.75$ ), para a entidade patronal (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999).

Como é sabido, os encargos com a prestação de cuidados de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), são financiados pelo Orçamento Geral do Estado e, portanto, são também suportados pelas empresas, embora indirectamente, através dos impostos. Nalguns casos e para algumas categorias de trabalhadores (por ex., quadros superiores e intermédios), verifica-se um duplo encargo em relação à protecção na saúde/doença: descontos (obrigatórios) para a Segurança Social, e prémio (facultativo) de seguro de saúde/doença (grupo).

Ainda no âmbito do Balanço Social, há que referir o quadro 3.3 (*Actividade da medicina do trabalho*), e em particular o item 3.3 (*Despesa com a medicina do trabalho*). Não é feita a distinção entre despesas *correntes* (v.g., remuneração dos profissionais de saúde ocupacional, materiais consumíveis, exames de saúde) e despesas de *capital* (v.g., viaturas, instalações, máquinas e equipamentos).

Este item (actividade da medicina do trabalho) presta-se, de resto, a confusão, havendo um claro risco de sobreposição de informação com os indicadores que são pedidos no quadro 3.7 (*Custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais*), a saber: 3.71. *Encargos de estrutura* da medicina do trabalho e segurança no trabalho; 3.72. *Custos com equipamento de protecção* (presume-se que seja apenas o EPI—Equipamento de Protecção Individual, embora o empregador deva privilegiar a protecção colectiva); 3.73. *Custos com formação* em prevenção de riscos; 3.74. *Outros custos* (directa ou indirectamente ligados à prevenção).

No quadro 5.4 (*Outras modalidades de apoio social*), há ainda um outro item relativo à *saúde* (5.4.3) que também é uma verdadeira *black box*: pode incluir as mais diversas rubricas, desde a assistência médica e medicamentosa até aos programas educação para a saúde (álcool, tabaco, nutrição, etc.), passando pelos *Employee Assistance Programs* (EAP) e outros programas que não fazem parte das chamadas obrigações legais do empregador em matéria de SH&ST (por ex., formação em gestão do stresse, programa de actividade física).

Por tudo o que ficou dito (e confirmando a grande confusão conceptual de que enfermam uma boa parte dos indicadores do Balanço Social), é compreensível que a generalidade das empresas portuguesas (mesmo as maiores e até as melhores!) não esteja em condições de saber verdadeiramente qual é o montante (anual) dos custos com a saúde dos seus trabalhadores (incluindo os encargos obrigatórios com a SH&ST). Mas, muitas delas, no mínimo têm de encargos fixos relacionados com a saúde (incluindo a SH&ST) da ordem dos

5%, assim distribuídos: 2.1% para a protecção na doença e doença profissional; 2% para o seguro de acidentes de trabalho; 1% para o seguro de saúde/doença (grupo). Para um custo médio anual, por trabalhador, de 19230 euros, isto representaria cerca de 980 euros/ano.

### 2.9.6.2. Índice de SH&ST

Quanto é que as empresas portuguesas despendem mais especificamente com a organização e funcionamento dos serviços de SH&ST? Esse valor era ainda muito baixo no princípio da década de 1990: (i) quase metade das empresas (empregando mais de 53% da população trabalhadora abrangida pelo Balanço Social) despendia *menos de 20 mil escudos por trabalhador*, em 1993, em actividades de prevenção dos riscos profissionais, incluindo a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST; (ii) uma em cada quatro empresas (com um volume de emprego de 27% em relação ao total) *nem sequer gastava, em média, cinco mil escudos*; (iii) em relação às restantes empresas (cerca de 37%), não havia sequer quaisquer elementos informativos (Graça, 1995). Para se ter um elemento de comparação, refira-se que, nesse ano, vinte mil escudos representavam 0.75% da massa salarial ou do custo médio anual do pessoal.

Mesmo sabendo-se que os diversos anos não são, em rigor, comparáveis entre si, dadas as mudanças anualmente operadas no universo das empresas, são de assinalar algumas tendências na primeira metade da década de 1990.

Tome-se, por ex., o *índice de SH&ST* (=Custos com a medicina do trabalho + Custos com a prevenção dos acidentes e doenças profissionais) / Total de custos com o pessoal) (*Quadro II.40*): (i) em 1991 era de 1.0, baixou para metade (0.5) em 1992 para depois se manter nos 0.8 em 1995; (ii) por dimensão (ou volume de emprego), esse índice em 1991 era bastante maior nas empresas com 500 ou mais trabalhadores (1.1), relativamente às empresas com 100 a 199 trabalhadores (0.7); em 1995, essa diferença reduziu-se substancialmente (0.7 e 0.6, respectivamente); (iii) apenas nas empresas com 200 a 499 trabalhadores, houve um ligeiro aumento do índice de SH&ST: passou de 0.8 (em 1991) para 0.9 (em 1995), embora com uma quebra acentuada em 1992 (0.4).

A leitura destes dados sugere que, no período de 1991/95, as empresas abrangidas pelo Balanço Social tinham vindo a reduzir o seu esforço financeiro no domínio da SH&ST, pelo menos em termos relativos. A desvalorização do índice de SH&ST era mais acentuada nas empresas com 500 ou mais trabalhadores (-0.4) e no ano de 1992 (-0.6) em relação a 1991. Em contrapartida, o custo médio com a prevenção dos riscos profissionais em percentagem do total dos encargos com a SH&ST (incluindo as despesas de organização e funcionamento da medicina do trabalho) terá duplicado, passando de 11.4% (em 1991) para 23.8% (em 1995) (*Quadro II.41*).

Quadro II.40 – Índice de SH&ST, segundo a dimensão da empresa (1991-1995)

Ano	Dimensão	1991	1992	1993	1994	1995	Diferença 1995/91
	100-199	0.7	0.3	0.7	0.6	0.6	-0.1
	200-499	0.8	0.4	0.8	0.8	0.9	+0.1
	500 ou +	1.1	0.5	1.0	0.8	0.7	-0.4
	Total	1.0	0.5	0.9	0.8	0.8	-0.2

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e Segurança Social (1996: 37)

Quadro II. 41 – Custo médio com a prevenção dos acidentes e doenças profissionais, em percentagem do total dos encargos com a SH&ST, por dimensão (1991-1995)

Ano	Dimensão	1991	1992	1993	1994	1995	Diferença 1995/91
	100-199	6.0	6.4	15.9	14.1	16.5	+10.5
	200-499	8.0	8.0	19.6	20.5	24.1	+16.1
	500 ou +	13.9	15.3	31.6	25.9	25.6	+11.7
	Total	11.4	12.3	26.6	22.8	23.8	+12.4

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e da Segurança Social (1996: 37)

A leitura do *Quadro II.41* é interessante por outro motivo: (i) em 1991, as despesas com a organização e o funcionamento da *medicina do trabalho* absorviam quase 90% do orçamento dos serviços de SH&ST, confirmando a natureza medicocêntrica destes serviços; (ii) essa proporção era maior nas empresas com 100 a 199 trabalhadores (94%) e nas empresas com 200 a 499 trabalhadores (92%); (iii) em 1995, as despesas com a medicina do trabalho representavam apenas 76% do total, embora nas empresas mais pequenas essa proporção continuasse a ser maior (84%).

Só há uma explicação plausível para esta redução do peso da medicina do trabalho no total dos encargos com a SH&ST: (i) a partir de 1991, com a promulgação do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, e com a reestruturação de muitas empresas, terão começado a ser desmantelados os *serviços internos* de medicina do trabalho até então existentes (e que se enquadravam na legislação que remontava ao período de 1962/67); (ii) ao mesmo tempo, aumentava a oferta de *empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST*, em particular de medicina do trabalho.

Entre 1996 e 2000, o índice médio anual de SH&ST situou-se nos 0.8% da massa salarial, independentemente do sector de actividade (CAE Rev. 2) e da dimensão da empresa. Em 1998, por exemplo, as poucas excepções eram as empresas com 500 ou mais trabalhadores das indústrias extractivas (3.7) e das indústrias transformadoras (1.3). De entre estas últimas havia diferenças acentuadas por ramo de actividade, quando comparamos as empresas com 500 ou mais trabalhadores: por exemplo, a indústria petrolífera (CAE DF) (3.2) gastava cinco vezes mais em SH&ST do que a indústria do calçado (CAE DC) (0.6); a indústria automóvel (CAE DM) (2.5) também investia cinco vezes mais do que a indústria têxtil (CAE DB) (0.5).

As empresas do sector terciário também apresentavam um índice de SH&ST inferior às do sector produtivo: por exemplo, as maiores empresas da banca e dos seguros (CAE J) gastavam três vezes menos (0.6) do que as empresas, de igual dimensão, da indústria química (CAE DG) (1.7) (Portugal. Ministério do trabalho e da Solidariedade, 2001). Mesmo assim estes valores são irrisórios quando os comparamos aos custos (directos, indirectos e ocultos) do absentismo que poderão ir até aos 5% do PIB! (*Caixa II.5*).



**Caixa II. 5 – Estimativa dos custos das baixas por doença em termos de VAB teoricamente perdido**

Como já foi referido atrás, no período de 1991 a 1998, a Segurança Social pagou, em média, anualmente, só de subsídio por doença (excepto tuberculose), o correspondente a 60 milhões de dias (Máximo: 66.5 milhões em 1991; mínimo: 50.7 milhões em 1998).

Como termo de comparação, refira-se que: (i) no mesmo período a proporção de dias de subsídio de maternidade processados, em relação ao total de dias subsidiados por doença, foi de 9.3% em média (cerca de 5.6 milhões de dias por ano); (ii) em 1998, as duas mil maiores (e, em princípio, melhores) empresas do país, com 100 ou mais trabalhadores, e um volume de emprego de cerca de 777 mil trabalhadores, foram responsáveis por um VAB (Valor Acrescentado Bruto) de mais de 7.2 mil milhões de contos (mais de um terço do PIB nominal desse ano, que era da ordem dos 20240 milhões de contos); (iii) o número de dias efectivamente trabalhados foi de 225 (em média, por trabalhador), o que correspondeu a mais de 1335 milhões de horas ou cerca de 175 milhões de dias; (iv) a produtividade média do trabalho, nas empresas do balanço social de 1998, era de 9268.6 contos (o equivalente hoje a 46232 euros); (v) o VAB médio diário, por trabalhador, era da ordem dos 41.1 contos (cerca de 205 euros).

Embora a produtividade do trabalho varie de empresa para empresa e de sector para sector, pode-se fazer um cálculo grosseiro da produtividade média do trabalho em Portugal nesse ano, dividindo o PIB nominal (20240 milhões de contos) por 4863 mil trabalhadores. Nesse caso o VAB diário será da ordem dos 18.4 contos (91.8 euros). A partir daqui pode-se calcular o VAB teoricamente perdido com as baixas por doença. Adicione-se agora aos 50.7 milhões de dias de subsídio de doença mais meio milhão de dias de subsídio por tuberculose e mais 2.3 milhões de dias, não pagos pela Segurança Social, correspondentes ao período de espera de 3 dias: o total são, pois, 53.5 milhões de dias de trabalho perdidos que, teoricamente, poderão ter custado à economia nacional um máximo de 984.4 milhões de contos (4910.2 milhões de euros), ou seja, 4.9% do PIB!

Fonte: Portugal. Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade (2000); Portugal. Ministério das Finanças (2003)



## Capítulo III – Materiais e métodos. População e amostra

### 3.1. Introdução

Optei por um estudo *não experimental, descritivo e transversal*, baseado na técnica do *inquérito por questionário postal*, personalizado, dirigido ao representante máximo da empresa. Basicamente, irei procurar responder às clássicas questões que estão subjacentes a qualquer inquérito sociológico: (i) *quem faz* (ii) *o quê*, (iii) *como*, (iv) *quando*, (v) *porquê* e (vi) *com que resultados* (custos e benefícios).

O inquérito por questionário é uma técnica adequada ao estudo *extensivo* de grandes conjuntos de indivíduos, que não são necessariamente pessoas *físicas* ou *singulares*: neste caso, serão pessoas *colectivas*, empresas societárias e outras, representadas pelos respectivos membros da direcção ou administração.

É a porventura a técnica que tem sido mais privilegiada na investigação empírica no campo das ciências sociais (Kornhauser e Sheatsley, 1967; Caplow, 1972; Moser e Kalton, 1972; Lima, 1973; Almeida e Pinto, 1976; Javeau, 1978; Ferreira, 1986; Miller, 1991; Ghiglione e Matalon, 1993; Graça, 1997). Contudo, só deve ser usada para recolher *factos* sobre fenómenos que não sejam *directamente observáveis ou mensuráveis* do exterior, de maneira perfeitamente objectiva, controlada e *cost-effective*. De qualquer modo, o que se pretende é obter a medida de certos atributos de uma amostra representativa dessa população: por ex., (i) a *importância* que a administração ou direcção de uma empresa atribui à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST; (ii) a *prioridade* que é atribuída à SH&ST como objectivo de gestão; (iii) a *percepção* da natureza dos riscos associados ao trabalho; (iv) a *taxa de absentismo aceitável* pela empresa; ou (v) as *iniciativas* levadas deliberadamente a cabo pela empresa com vista a previr os riscos profissionais e a promover a saúde dos trabalhadores.

Em contrapartida, é uma técnica que tem óbvias limitações quanto ao grau de profundidade da informação recolhida: se o questionário não for bem construído e desenhado, o investigador pode ficar apenas com a simples *percepção* do fenómeno a estudar.

A opção quanto ao modo de administração do questionário, pelo correio, também está plenamente fundamentada na literatura (*Quadro III.1*). No caso do questionário postal (QP), enquanto (i) variante do questionário de administração directa ou de auto-resposta e (ii) alternativa ao questionário por entrevista, é uma técnica muito vulgarizada, nomeadamente em estudos de mercado e de opinião. A sua grande vantagem é a ser relativamente rápida e barata. Também tem os seus riscos, um dos quais (e não o menor) é o de acabar ingloriamente no caixote do lixo.

Um ponto fraco do QP é, sem dúvida, o *problema dos não-respondentes* e, portanto, a dificuldade, ou mesmo a impossibilidade prática, em se saber (i) quem são e (ii) as razões por que não responderam. A taxa de não-resposta pode ir aos 95% ou até mais, no caso da maior parte dos estudos serem conduzidos por um indivíduo ou uma equipa (i) sem cobertura institucional, (ii) sem supervisão científica, (iii) sem credibilidade profissional ou (iv) sem formação adequada.

Quadro III. 1 — Vantagens e desvantagens do inquérito por questionário, conforme o seu modo administração

Modo de administração	Questionário de auto-resposta (escrito)	Questionário por entrevista (oral)
Vantagens e desvantagens		
Maior cobertura da população, inclusive em termos geográficos, com um mínimo de custos	Sim	Não
Possibilidade de construir amostras de maior tamanho e representatividade, com um mínimo de custos	Sim	Não
Possibilidade de incluir na amostra indivíduos sem escolaridade ou com baixo nível de literacia	Não	Sim
Possibilidade de incluir na amostra indivíduos mais difíceis de localizar e de inquirir (por ex., peritos estrangeiros)	Maior	Menor
Possibilidade de os respondentes não corresponderem aos critérios de selecção das unidades de amostragem	Maior	Menor
Taxa de resposta esperada, em condições normais (em %)	10 a 30	70 a 95
Exigência de cobertura institucional (por ex., universidade, empresa, ministério)	Maior	Menor
Importância da formação e da supervisão do entrevistador ou grupo de entrevistadores	n.a.	Sim
Dependência em relação à capacidade e boa vontade dos inquiridos em prestar a informação desejada	Maior	Menor
Tempo que consome o trabalho de campo (leitura e resposta ao questionário)	Menor	Maior
Melhor conhecimento das características (sociodemográficas, etc.) dos não respondentes	Não	Sim
Maior facilidade em substituir os não respondentes nas amostras estratificadas	Não	Sim
Risco de enviesamento da amostra no caso dos respondentes diferirem muito dos não respondentes	Maior	Menor
Maior probabilidade de resposta no caso d o questionário ser mais extenso do que é recomendado (por ex., mais de 30 ou 40 perguntas)	Não	Sim
Maior garantia de sigilo e anonimato	Sim	Não
Maior garantia de resposta completa ao questionário	Não	Sim
Possibilidade de conhecer as razões para a não resposta a certas questões	Não	Sim
Risco de viés introduzido pela presença do entrevistador (por ex., apresentação, tom de voz, modo de registo das respostas, local)	n.a.	Sim
Garantia de que a ordem sequencial das perguntas é respeitada	Não	Sim
Possibilidade de dar esclarecimentos adicionais, clarificar ou reformular questões mal compreendidas, etc.	Não	Sim
Possibilidade de má interpretação das questões formuladas	Maior	Menor
Maior uniformidade na maneira como as questões são postas aos inquiridos	Sim	Não
Maior espontaneidade das respostas	Não	Sim
Tempo para reflexão sobre as perguntas	Mais	Menos
Possibilidade de incluir maior número de questões abertas, sem risco de não resposta	Não	Sim
Possibilidade de incluir questões mais complexas e/ou sobre assuntos mais delicados, pessoais ou íntimos	Não	Sim
Custo de administração do questionário (correio, formação e remuneração de entrevistadores, comunicações, deslocações, etc.)	Menor	Maior

Observações: n.a.=Não aplicável

Fonte: Adapt. de Heberlein e Baumbartner (1978), Miller (1991) e Graça (1997)

Segundo Armstrong e Overton (1977: 396), "the mail survey has been *criticized for nonresponse bias*. If persons who respond differ substantially from those who do not, the results do not directly allow one to say how the entire sample would have responded - certainly an important step before the sample is generalized to the population" (Itálico meu).

Em termos ideais, a taxa de não-resposta deveria situar-se nos 30% (Armstrong e Overton, 1977), o que é dificilmente alcançável numa amostra constituída por empresas societárias ou outras pessoas colectivas, sejam portuguesas ou não. Há vários procedimentos para fazer aumentar a taxa de resposta. Miller (1991), por exemplo, refere em primeiro lugar (i) o *follow-up* (através do correio e do telefone, a que poderíamos juntar o fax e, mais recentemente, o *e-mail*); seguido do (ii) *sponsorship* (ou patrocínio institucional), bem como (iii) outros procedimentos relacionados com o tamanho, a redacção, o *lay-out* e a impressão do questionário (Quadro III.2).

Quadro III.2 — Factores que afectam a taxa de resposta a questionários postais

Procedimento	Possível aumento da % total de devolução	Observações
<i>Follow-up</i> postal	40 a 50	Em caso de não resposta ao QP, um primeiro <i>follow-up</i> poderá fazer aumentar o nº de respondentes em 20%; o segundo, 12%; e terceiro (e último) 10% ou menos. Pode ser combinado pelo telefone ou fax. Poderá ser conveniente, além da carta, fazer o envio de um segundo exemplar do questionário.
<i>Follow-up</i> telefónico	15 a 30	Como complemento do <i>follow-up</i> postal, poderá fazer aumentar o número de respondentes em 15% a 30%.
Patrocínio ( <i>sponsorship</i> )	17	Um patrocinador (de preferência institucional ou conhecido) e uma carta a salientar a importância do questionário influenciam a taxa de resposta.
Nº de páginas	22	Quanto mais pequeno for o questionário, maior é a probabilidade de resposta. O máximo ideal será 5 folhas/10 páginas (frente e verso). Há autores, todavia, que não encontraram qualquer correlação entre a taxa de resposta e o nº de páginas.
Carta de apresentação	7	Uma sumária apresentação do questionário e do responsável do projecto é essencial. Um sincero apelo à indispensável colaboração das pessoas parece resultar melhor do que querer convencê-las da utilidade, para elas, do questionário (ou dos resultados do estudo).
Tipo de questões	13	Questionários com perguntas factuais e questões fechadas ("informação objectiva") tendem a obter uma maior taxa de resposta do que os restantes, com perguntas de opinião e com demasiadas questões abertas ("informação subjectiva"). A garantia de confidencialidade e/ou de anonimato é muito importante quando há perguntas sobre problemas sensíveis, como é o comportamento sexual, por ex. A célebre sexóloga Shere Hite recebeu apenas 3% dos questionários enviados a uma amostra de 100 mil mulheres americanas.
Outros factores	Desconhecido	O método de devolução, o tempo de chegada (de preferência, próximo do fim de semana, se o questionário for enviado para casa das pessoas), o formato, o aspecto gráfico, etc. são também factores condicionantes, mas cujo impacto sobre a taxa de resposta não está suficientemente estudado.

Fonte: Adapt. de Heberlein e Baumbartner (1978), Miller (1991) e Graça (1997)

Amstrong e Overton (1977), por seu turno, fizeram uma revisão da literatura no que respeita à forma de estimar o enviesamento resultante das não-respostas. Haveria três métodos para fazer essa estimativa: (i) comparação com *parâmetros* ou *valores conhecidos da população* (por ex., dimensão das empresas, sector de actividade, região); (ii) *estimativa subjectiva* (por ex., grau de modernização tecnológica, taxa de sindicalização, grau de cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST); e, por fim, (iii) *extrapolação*.

No que respeita às estimativas subjectivas do viés introduzido pelos não respondentes, a literatura sugere duas abordagens: (i) determinar as *diferenças sociodemográficas* entre respondentes e não-respondentes: sabe-se, por ex., que os indivíduos com maior nível de escolaridade ou literacia são mais propensos a responder a questionários postais; haverá também factores de personalidade e outras características (profissionais, sociais, culturais, etc.) a ter em conta; (ii) um segundo método baseia-se na *interest hypothesis*: assume-se que as pessoas interessadas, por ex., nas questões da SH&ST (caso dos directores de pessoal, dos técnicos de gestão de recursos humanos, dos médicos do trabalho, etc.), responderão mais depressa (ou estarão mais motivados para responder) a um questionário postal do que os administradores de topo, com ou sem funções executivas, os directores de produção ou os directores financeiros.

Os métodos da extrapolação, pelo contrário, baseiam-se na presunção de que os indivíduos que respondem menos prontamente são mais parecidos com os não-respondentes. Amstrong e Overton (1977: 397) identificam três métodos de extrapolação, sendo o mais comum o que é realizado sobre sucessivas ondas de resposta a um questionário. O termo onda (*wave*) refere-se à resposta gerado por um estímulo (por um ex., um telefonema ou um postal de *follow-up*): "Persons who respond in later waves are assumed to have responded because of the increased stimulus and are expected to be similar to nonrespondents". As pessoas que respondem mais tarde também tenderiam a assemelhar-se aos não-respondentes.

No caso de um questionário como este em que o respondente é uma empresa, e sobretudo uma empresa societária, logo uma pessoa colectiva, representada pelo seu gestor de nível 1, com ou sem funções executivas, torna-se ainda mais problemático obter uma boa taxa de resposta e sobretudo estimar a direcção e a magnitude do viés provocado pelas não-respostas.

Em primeiro lugar, (i) o gestor de topo não tem toda a informação necessária para dar uma resposta imediata e cabal a algumas perguntas do questionário; em muitos casos, (ii) tenderá a delegar a resposta ao director de pessoal ou equivalente. Este, por sua vez, poderá (iii) subdelegar a resposta (ou parte da resposta) no médico do trabalho ou noutro profissional de SH&ST, (iv) o qual por seu turno pode até nem pertencer aos efectivos da empresa (no caso das empresas com serviços externos de SH&ST). Por outro lado, e sobretudo nas grandes empresas e nos grupos económicos, (v) há uma formidável barreira chamada secretária do conselho de administração ou da direcção que faz a recepção, a triagem e o encaminhamento de toda (ou grande parte) das comunicações (escritas ou faladas) para a gestão de topo. Muitos dos presidentes dos conselhos de administração não têm funções executivas e são praticamente incontactáveis usando o *follow-up* telefónico, sendo as respectivas secretárias quem gere a sua agenda, os pedidos de entrevista, as visitas, as

reuniões, etc. O mesmo se pode dizer, e até com mais razão, dos *chief executive officers* (abreviadamente, CEO) das nossas grandes empresas e grupos económicos.

Mesmo no caso das empresas mais colaborantes com os investigadores universitários ou outros, há que ter em linha de conta a sobrecarga de trabalho que representa para os competentes serviços satisfazerem atempadamente os pedidos de resposta a questionários ou autorizarem a realização de visitas, estágios, reuniões ou entrevistas.

O facto de o questionário ser *confidencial* mas *não anónimo* também constituía, à partida, outro obstáculo sério a uma elevada taxa de resposta, havendo problemas de imagem e prestígio a salvaguardar por parte das empresas. Finalmente, a estimativa de 30 minutos para leitura e resposta do documento não era realista. Uma das críticas prováveis que eu esperava dos meus interlocutores era justamente sobre este ponto: o questionário era relativamente longo e a resposta a algumas questões factuais (por ex., taxa de absentismo, taxa de sindicalização, encargos com a SH&ST, existência de actividades específicas) exigia pesquisa de informação adicional (por ex., consulta do balanço social da empresa ou fontes de informação internas).

Por outro lado, uma boa parte das questões não eram familiares ao pessoal dirigente e aos quadros superiores das empresas, daí que fosse previsível a ocorrência de uma menor taxa de resposta a certas perguntas (por ex., participação dos trabalhadores no planeamento e implementação de programas e actividades de saúde no trabalho, análise SWOT, custos com a SH&ST).

## 3.2. Estrutura e conteúdo do questionário

### 3.2.1. Introdução

O questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* foi concebido e desenhado para ser auto-administrado, ou seja, aplicado através de *mailing* directo. Tinha cinco secções (identificadas pelas letras de A a E), num total de 38 perguntas (*Quadro III.3*). Praticamente todas as questões eram fechadas, com excepção da informação de natureza factual: por ex., cargo ou função do respondente (A2), principal ramo de actividade económica (A8), taxa de absentismo (B2), montante da massa salarial e encargos com a saúde (E4) (vd. *Anexo B*).

Quadro III.3 — Questionário: distribuição do número de questões, por secção

Secção	Título	Questões	
		Nº	Numeração
A	Caracterização da empresa (ou estabelecimento)	14	A1 a A14
B	Sistema de Gestão da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)	9	B1 a B9
C	Políticas, programas e actividades de saúde	2	C1 e C2
D	Planeamento, implementação e avaliação das actividades	6	D1 a D6
E	Planos e prioridades. Questões finais	7	E1 a E7
Total		38	

Houve a preocupação, a nível de *design*, concepção gráfica, maquetagem e impressão do *layout*, de produzir um questionário que fosse: (i) visualmente atraente, de modo a despertar curiosidade pela (e facilitar a) sua leitura; (ii) com capa a cor (verde), inserindo o nome e o logótipo da ENSP/UNL; (iii) de formato reduzido (tipo brochura), afim de poder caber num envelope normal; (iv) não ultrapassando as 40 perguntas nem as 14 folhas, impressas de um lado e do outro, com o objectivo de motivar a respectiva resposta. Julgo que o resultado final foi, em grande parte, conseguido.

### 3.2.2. Secção A (de A1 a A14)

Na *secção A* o essencial das questões destinava-se a actualizar a informação respeitante à caracterização sociodemográfica e técnico-organizacional da empresa (ou estabelecimento), em complemento da que já constava no ficheiro da D&B. Mais concretamente, pretendia-se saber o seguinte (entre parêntesis, assinala-se o número de identificação da pergunta, em itálico):

- Se o respondente (pessoa singular) representava *a empresa* (pessoa colectiva ou equiparada) como um todo ou representava apenas um dos seus *estabelecimentos* (A1);
- O respectivo *cargo ou função* (por exemplo, presidente do conselho de administração, director-geral, sócio-gerente, médico do trabalho) (A2);
- Natureza do *controlo accionista* da empresa (público, privado, cooperativo ou estrangeiro) (A3);
- *Região de origem* da empresa, no caso do controlo accionista ser estrangeiro (UE ou outra região) (A4);
- *Número médio de pessoas* ao serviço da empresa (ou estabelecimento) em 1996 (A5) e em 1995 (A6);
- Percentagem aproximada (ou estimada) de *mulheres*, '*colarinhos azuis*', pessoal com *escolaridade igual ou superior a 9 anos*, pessoal com *idade igual ou superior a 40 anos*, e pessoal sindicalizado (A7) (por '*colarinhos azuis*' entendia-se o pessoal directamente afecto à produção);
- Principal *ramo de actividade económica* (por extenso) (A8);
- Objectivos que visaram os *investimentos* feitos nos últimos cinco anos, a nível dos componentes materiais de trabalho (A9);
- Percepção do *grau de modernização tecnológica* da empresa (ou estabelecimento) (A10);
- Caracterização (dicotómica) dos postos de trabalho mais comuns na área de produção, em termos de *qualificação* e com base em quatro dimensões (A11);
- Sumária análise estratégica da empresa (ou estabelecimento) e das demais empresas do mesmo ramo de actividade, em termos de principal *ponto forte*, principal *ponto fraco*, principal *oportunidade* e principal *ameaça* (A12 e A13);
- Existência de *sistema de gestão da qualidade*, podendo estar ou não *certificado* pela *Associação Portuguesa de Certificação* (APCER) ou outra entidade certificadora, nacional ou estrangeira. (A14).



Mais concretamente, com a pergunta *A9* pretendia-se saber se tinham sido feitos investimentos, nos últimos cinco anos, a nível de *produtos, processos, instalações e equipamentos*, ou seja, nos componentes materiais do trabalho, e com que *objectivos*. Basicamente enumeravam-se os seguintes: (i) *expansão* (por ex., aumento da capacidade produtiva, introdução de novos produtos); (ii) *racionalização* (por ex., mecanização ou automatização dos processos de fabrico existentes, informatização, controlo de qualidade); (iii) *substituição* (por ex., de máquinas e equipamentos); (iv) *melhoria das condições de trabalho* em geral (por ex., reestruturação do trabalho, participação directa); (v) *melhoria das condições de SH&ST* (por ex., insonorização de uma oficina, melhoria ergonómica do *layout* de produção, climatização de um escritório); (vi) outro(s).

Na pergunta *A10* pedia-se para ser avaliado o grau de *modernização tecnológica* da empresa (ou estabelecimento), usando para o efeito uma escala, ordenada de 1 (Muito baixo) a 5 (Muito alto). Em rigor deveria ter sido construída uma escala de múltiplos itens. Na prática, essa solução não se revelava viável devido ao já excessivo número de perguntas que constavam na primeira versão do questionário. Por outro, é reconhecida a existência de uma grande diversidade e complexidade de *tecnologias de produção*.

Na pergunta *A11* era pedido para ser descrito o *posto de trabalho mais característico* da área de produção, de acordo com quatro categorias dicotómicas: (i) conteúdo do trabalho (*Pobre/Repetitivo* ou *Rico/Variado*); (ii) autonomia (*Controlo pela supervisão* ou *Autocontrolo*); (iii) princípio de atribuição das tarefas (*Indivíduo* ou *Equipa*); e, por fim, (iv) base da qualificação (*Experiência* ou *Experiência + Formação*).

A partir de uma grelha de observação (*Quadro III.24*), poder-se-á depois construir um índice de qualificação (de 0 a 1). Em função desta variável, a nossa amostra poderá ser basicamente dividida em dois grupos: (i) empresas em que o posto de trabalho mais característico da produção é *pouco ou nada qualificado* ( $\leq .50$ ); e (ii) empresas em que é *bastante ou muito qualificado* ( $\geq .50$ ).

Quadro III.4 — Grelha de observação para avaliação da qualificação do posto de trabalho mais característico da área de produção

Característica	Grau de qualificação	Pouco ou Nada qualificado	Bastante ou Muito qualificado
1. Conteúdo do trabalho		Pobre/Repetitivo	Rico/Variado
2. Autonomia		Heterocontrolo	Autocontrolo
3. Princípio da atribuição das tarefas		Indivíduo	Equipa
4. Base da qualificação		Experiência	Experiência + Formação

Os dois índices (modernização tecnológica e qualificação do posto de trabalho) irão permitir construir uma variável nova, o índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho.

### 3.2.3. Secção B (de B1 a B9)

Na *secção B*, as questões que eram colocadas tinham fundamentalmente a ver com o sistema de gestão da SH&ST:

- A *modalidade* de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST, nos termos da legislação em vigor (serviços internos, externos ou interempresas) (B1);
- A *taxa de absentismo observada* nos últimos dois anos, bem como a indicação da taxa considerada como *aceitável* pela administração ou direcção (B2);
- A percepção das *três causas mais frequentes do absentismo por incapacidade*, devido a doença e acidente de trabalho (B3);
- Os *três principais problemas de saúde*, relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores, que eventualmente constituíssem motivo de preocupação para a administração ou direcção (B4);
- A principal *natureza dos riscos* a que estavam expostos os trabalhadores, de acordo com a percepção do respondente (B5);
- As principais *formas de participação* do pessoal no domínio da SH&ST (por ex., comissão de SH&ST, reuniões com as chefias directas) (B6);
- A *importância atribuída* pela empresa a essa participação, numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo) (B7);
- Os *direitos* que, em princípio, eram reconhecidos nesse domínio (por ex., o direito à informação ou à consulta) (B8);
- E, em termos mais gerais, a *política* e a *prática* da empresa (ou estabelecimento) no domínio das condições de SH&ST (B9).

Mais concretamente, com a pergunta B5, pretendia-se que os respondentes identificassem a *principal natureza dos riscos* a que estavam expostos a maioria (ou uma parte significativa) dos trabalhadores da respectiva empresa (ou estabelecimento). A pergunta admitia três hipóteses de resposta: (i) *física, química e/ou biológica* (por ex., exposição ao ruído, a poeiras a radiações ou a outros agentes físicos; exposição a substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas, de natureza química ou biológica; risco de acidentes ou lesões); (ii) *psicossocial*, mais directamente relacionada com o *trabalho* e o seu contexto organizacional (por ex., falta de autonomia, falta de apoio das chefias, conflitualidade, sobrecarga física ou mental, etc., originando stress); (iii) *psicossocial*, mais directamente relacionada com o *indivíduo* e o seu contexto sociodemográfico (por ex., idade, género, personalidade, experiência, treino, conhecimentos, atitudes e comportamentos incluindo os estilos de vida, com reflexos, no seu desempenho, satisfação e saúde no trabalho).

Com a pergunta B6 pedia-se ao respondente para assinalar as formas ou estruturas de participação dos trabalhadores existentes no domínio específico da SH&ST. A pergunta era de resposta múltipla, em todo o caso só deveriam ser indicadas as formas de participação *efectivamente usadas*, independentemente da sua natureza (directa ou indirecta) e do seu grau de formalização ou institucionalização na empresa ou estabelecimento (por ex., Comissão de SH&ST, Comissão de Trabalhadores, Representantes Eleitos para a SH&ST, Círculos de Qualidade, Grupos de Discussão e Melhoria).

Recorde-se que o novo regime jurídico da SH&ST, aprovado pelo D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, reconhece explicitamente o *direito à participação efectiva e concreta* dos trabalhadores e seus representantes em matéria de prevenção dos riscos profissionais e de vigilância e promoção da sua saúde, nomeadamente sob a forma da *informação e consulta* (art. 9º) e da figura do *representante eleito dos trabalhadores* (art. 10º).

Para além da diversidade de *formas* de participação dos trabalhadores usadas no domínio da SH&ST, interessava saber qual era o *nível* de participação que, em teoria e na prática, os empregadores reconheciam aos trabalhadores e/ou seus representantes: (i) em primeiro lugar, pretendia-se saber qual era o *grau de importância atribuído* pela administração ou direcção da empresa ou estabelecimento à participação dos trabalhadores (B7), medido num escala de intervalos de 1 (Mínima importância) a 7 (Máxima importância); (ii) a seguir perguntava-se quais eram os *direitos* que, em princípio, eram reconhecidos aos trabalhadores e seus representantes, independentemente do normativo legal e convencional a que a empresa estava sujeita (B8); (iii) finalmente, e já noutra secção do questionário (D3), procurava-se saber qual era o *grau de envolvimento* dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação das políticas, programas e actividades a que se refere a Secção C.

### 3.2.4. Secção C (de C1 a C2)

O objectivo da *secção C* (que incluía apenas duas questões, numeradas de C1 a C2) era identificar o *número e a natureza das actividades* realizadas pela empresa (ou estabelecimento) nos últimos cinco anos, com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar das pessoas ao seu serviço. Na pergunta C1, pedia-se ao representante da empresa que se reportasse aos *últimos cinco anos* (*grosso modo*, ao período de 1993/94 a 1997/98) e assinalasse as políticas, programas e actividades que foram (ou estavam a ser) realizadas pela empresa (ou estabelecimento), com o objectivo mais ou menos explícito de *prevenir* os riscos profissionais, *proteger* a saúde dos seus trabalhadores, *promover* o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise *melhorar* o ambiente físico e psicossocial de trabalho.

A lista apresentada era uma lista meramente indicativa, num total de 61 categorias ou itens. Distinguiam-se *cinco grupos principais* de actividades, identificados pelas cinco primeiras letras do alfabeto (entre parêntesis, indica-se o respectivo número de categorias ou itens):

- A – Higiene e segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho (n=16);
- B – Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde (n=11);
- C – Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis (n=11);
- D – Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho (n=12);
- E – Actividades e programas sociais e de bem-estar (n=11).

Não se fazia a distinção entre *políticas, programas e actividades*. A expressão era usada no seu sentido lato, abrangendo todo o tipo de iniciativas da empresa e/ou dos seus trabalhadores, visando não apenas a prevenção dos riscos profissionais como a vigilância e a promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores e a melhoria do ambiente (físico e psicossocial) de trabalho: por ex., auditorias ambientais periódicas (A), exames de vigilância médica periódica (B), educação para a saúde (C), reestruturação do trabalho por turnos (D), apoio a actividades recreativas, culturais e/ou desportivas (E).

Se a pergunta C1 tinha a ver com a *prevalência ou frequência* das actividades, com a C2, pelo contrário, pretendia-se saber em que medida as referidas actividades (agrupadas de A a E) (i) *visavam no todo ou em parte a saúde dos trabalhadores* ou (ii) eram fundamentalmente ditadas por *outras razões* (extrínsecas): por ex., simples cumprimento do normativo legal e convencional em matéria de SH&ST.

A título de exemplo, apresentavam-se três hipóteses plausíveis: (i) algumas destas iniciativas poderiam ser ditadas *exclusivamente* por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar dos colaboradores (por ex., vacinação contra a hepatite B, nutrição saudável, controlo do peso, prestação de cuidados de enfermagem, prevenção do tabagismo, informação e educação para a saúde); (ii) outras, pelo contrário, só *parcialmente* seriam ditadas por razões de saúde: ou seja, para além da saúde, poderia haver outras preocupações (de resto, inteiramente legítimas) por parte da empresa, tais como a *melhoria da produtividade, da qualidade e da competitividade* (por ex., TQM, reorganização do trabalho por equipas), o *simples cumprimento da legislação e regulamentação* no domínio da SH&ST (por ex., exames periódicos de saúde, sistema de sinalização de SH&ST), ou a *extensão da protecção social* (por ex., seguro de saúde/doença, apoio a actividades recreativas, desportivas e culturais); (iii) finalmente, um terceiro tipo de iniciativas poderiam não ter *nada* a ver com a saúde, segurança ou bem-estar dos trabalhadores (ou só *em pequena parte*): por ex., os testes de alcoolémia impostos por razões disciplinares, os testes de despistagem do consumo de droga nos exames de selecção, a proibição de fumar no local de trabalho ou o transporte casa-trabalho-casa; era dito explicitamente que, neste último caso, não deviam em rigor ser consideradas e mencionadas como *iniciativas de saúde*.

Era esperado que a *prevalência* de algumas dessas políticas, programas e actividades (nomeadamente as de tipo C e D) fosse menos provável na maior parte das nossas empresas, por razões endógenas ou exógenas, de natureza histórica, política, social, económica, cultural, etc. (Graça e Faria, 1992; Graça, 1995; Graça, 2000): por ex., programas como o *stress management*, o *fitness* ou o *smoking policy* não tinham sequer uma tradição europeia, nomeadamente até meados da década de 1990 (Wynne e Clarkin, 1992; Wynne, 1997).

Em contrapartida, aquele tipo de programas estava amplamente divulgado nos locais de trabalhos dos EUA, como já foi referido na revisão de literatura (por ex., Murphy, 1985; Fielding, 1989; Fielding e Piserchia, 1989; Lansbergis *et al.*, 1992). Outros programas e actividades, pelo contrário, têm já uma tradição enraizada, tanto na Europa como em Portugal (por ex., programas e actividades de tipo A e B). Pedia-se que fossem apenas assinaladas as acções *realizadas* ou *em curso*.

A resposta à pergunta C2 era dada numa escala de 1 (*De modo nenhum visam a saúde*) a 5 (*Visam exclusivamente a saúde*). Se o inquirido não tivesse a certeza quanto à resposta correcta,

deveria assinalar “Não sabe” (N/S). E, logicamente, se na *P.C1* não tivesse mencionado qualquer destas iniciativas, agrupadas de A a E, deveria responder “Não aplicável” (N/A).

Embora em rigor a escala fosse ordinal, os valores foram recodificados de modo a poder ser tratada como se fosse uma escala de intervalo, indo de resto ao encontro de uma prática corrente em investigação sociológica (Labovitz, 1970, cit. por Bryman e Cramer, 1993: 83). O objectivo era elaborar um índice de saúde para cada um dos cinco grupos de actividades. O índice de saúde vai de 0.0 (*De modo nenhum visam a saúde*) a 1.0 (*Visam exclusivamente a saúde*).

Convirá, entretanto, esclarecer que cada índice específico se refere apenas a um dos cinco grupos principais de actividades (A, B, C, D, E) e não a cada um das actividades específicas dentro de cada grupo (por ex., melhoria do conforto térmico ou formação/treino em gestão do stress, agrupada nas políticas, programas e actividades de tipo A e tipo E, respectivamente). Dado que, teoricamente pelo menos, cada respondente poderia assinalar até 61 itens — tantos quantos os listados no questionário (*C1*) —, tornava-se absolutamente impraticável e até contraproducente recolher informação desagregada de modo obter um índice de saúde para cada uma das actividades existentes (*C2*). A solução por que optei, teve como preocupação não alongar ainda mais o questionário e garantir uma boa taxa de resposta.

De qualquer modo, não é possível responder a perguntas do género: (i) as empresas portuguesas que têm programas de *controlo e prevenção do álcool, do tabaco ou da droga*, fazem-no por preocupações *intrínsecas* com a saúde dos seus colaboradores ou por outras razões, muitas vezes *não explícitas*?; (ii) as *consultas regulares de clínica geral* (ou outras especialidades médicas, para além da medicina do trabalho) visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são sobretudo um meio para reforçar a *barreira do absentismo*?; (iii) em que medida a existência de um *refeitório* está associado à preocupação com a saúde nutricional ou é vista apenas como um *fringe benefit* ou uma regalia social com expressão pecuniária?; (iv) a *flexibilização do tempo de trabalho* foi introduzida apenas por exigências do processo de produção ou tem também a ver com a protecção e a promoção da saúde (por ex., pausas para descanso, autocontrolo da carga de trabalho)?; ou ainda: (v) a *formação/treino em SH&ST* é orientada não só para a segurança (por ex., equipas de primeiros socorros, combate a incêndios) como também para a prevenção da doença e a promoção da saúde?

### 3.2.5. Secção D (de D1 a D6)

Na *secção D* (questões numeradas de *D1* a *D6*), interessava conhecer o seguinte: (i) as *razões* por que as empresas investiam na saúde, segurança e bem-estar dos seus trabalhadores (em inglês, *prompting factors*) (*D1*); (ii) a *metodologia de acção* que estava a ser utilizada; e, nomeadamente, o grau de participação dos diferentes actores nas diferentes fases do processo (concepção, planeamento, implementação e avaliação) (*D2*); e, mais especificamente, o *nível de participação dos trabalhadores* na fase de *planeamento* e na fase de *implementação* das referidas políticas, programas e actividades (*D3*); (iii) os principais *obstáculos* que se deparavam à empresa neste domínio (*D4*), bem como os principais *factors*

*facilitadores* (D5); (iv) e, por fim, os principais *benefícios* (económicos e sociais) obtidos ou esperados (D6).

Tal como noutros domínios, as iniciativas de saúde têm, em termos teóricos e práticos, um *ciclo de vida* com diversas fases. *Grosso modo*, pode distinguir-se quatro fases principais no processo de desenvolvimento das políticas, programas e actividades de saúde no local de trabalho (o mesmo é dizer, na gestão do sistema de SH&ST): (i) ideia inicial ou concepção; (ii) planeamento; (iii) implementação; e, por fim, (iv) avaliação.

Na pergunta D2, pedia-se ao respondente que, utilizando uma escala de 1 (*Mínimo*) a 5 (*Máximo*), fosse classificado o *grau de envolvimento* dos diferentes sectores da empresa (ou estabelecimento) em cada uma destas quatro fases. A pergunta, de resposta múltipla, previa oito categorias de actores com um papel potencialmente activo na gestão do sistema de SH&ST: (i) a administração/direcção da empresa, (ii) o serviço de pessoal/direcção de recursos humanos, (iii) o médico do trabalho, (iv) o técnico ou especialista de segurança e higiene no trabalho, (v) os representantes dos trabalhadores (incluindo os representantes eleitos para a SH&ST, os delegados sindicais e a Comissão de Trabalhadores), (vi) a Comissão (paritária) de SH&ST, (vii) a equipa de saúde e, eventualmente, (viii) o consultor externo.

O inquirido deveria riscar a respectiva linha se na sua empresa (ou estabelecimento) não existisse, por ex., a comissão paritária de SH&ST ou se não fizesse recurso a consultores externos. A escala tinha os seguintes graus: *nenhum ou pouquíssimo* envolvimento (1); *pouco* (2); *assim-assim, nem pouco nem bastante* (3); *bastante* (4); *muito ou muitíssimo* envolvimento (5).

A escala é tipicamente ordinal. Mas, aplicada às diferentes fases do ciclo de vida dos programas e actividades e aos diferentes actores do processo, pode ser considerada como uma escala de múltiplos itens e ser tratada estatisticamente como uma escala de intervalo. Foi utilizado o *alfa de Cronbach* para avaliar a sua consistência interna (Bryman e Cramer, 1993: 90; Pestana e Gageiro, 2003: 542).

Sendo a pergunta D2 de resposta múltipla, e representando cada categoria assinalada um actor com um grau de envolvimento  $\geq 1$ , este era considerado automaticamente como tendo um *papel minimamente activo* na gestão do sistema de SH&ST.

### 3.2.6. Secção E (de E1 a E7)

Na última secção (questões numeradas de E1 a E7), o representante da empresa (ou estabelecimento) era solicitado a indicar: (i) o *grau de prioridade* atribuído *actualmente* à melhoria da saúde do pessoal ao serviço da empresa (ou estabelecimento) (E2) e o grau de prioridade que deveria ser atribuído *no futuro* (E1), utilizando para o efeito uma escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo); (ii) a *prioridade* que, na sua percepção, *as outras empresas do mesmo ramo* (e, em princípio, concorrentes) atribuíam à melhoria da saúde dos respectivos colaboradores (E3); (iii) os *planos da direcção* para o ano de 1998, nomeadamente em termos de *novas políticas, programas e actividades* de saúde (em fase de planeamento ou de execução)

(E5); (iv) os *encargos* com o pessoal (massa salarial) e com a saúde (incluindo a SH&ST) (E4); e por fim (v) a *atitude* dos responsáveis da empresa (ou estabelecimento) em relação ao inquérito por questionário e ao investigador (E6), incluindo *críticas e comentários* (E7).

Embora o questionário fosse *confidencial*, não era *anónimo*, como já foi referido. Daí ser pedido, no fim, que fossem fornecidos alguns elementos de identificação para *futuros contactos* do investigador com o representante da empresa (ou estabelecimento) e para se poder proceder a um segundo *mailing* aos não-respondentes. Os elementos de identificação pedidos eram os seguintes: (i) nome da empresa (ou estabelecimento); (ii) telefone, fax ou e-mail; (iii) nome e/ou cargo do elemento de contacto.

Era dada a garantia de que: (i) em caso algum o nome da empresa (ou estabelecimento) bem como quaisquer outros dados individualizados, susceptíveis de quebrar o sigilo, seriam *mencionados* ou *citados* pelo investigador; (ii) *não seria feito uso indevido da informação* que fosse fornecida, de acordo com a ética da investigação sociológica.

Como já tive ocasião de o referir, no título do questionário que foi remetido às empresas, omitiu-se intencionalmente a expressão *Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho* (abreviadamente, SH&ST); em vez dela, optou-se pelo termo *Política de Saúde no Local de Trabalho*, julgado tecnicamente mais correcto e politicamente mais neutro. Não se trata de uma mera *nuance* semântica, mesmo se para alguns (ou até para uma boa parte) dos respondentes as duas expressões fossem, na prática, equivalentes.

A pergunta E6 destinava-se, de certa maneira, a avaliar o grau de *compliance* em relação ao projecto de investigação, explicado na carta de apresentação que acompanhava o questionário, em termos necessariamente sumários: (i) pressupunha-se que *a maior parte* dos respondentes tivesse um mínimo de curiosidade em relação às *principais conclusões* do estudo, manifestando explicitamente interesse em recebê-las, sob a forma de um *summary report*; (ii) admitia-se que *uma parte* das empresas mais activas no domínio da SH&ST se mostrasse receptiva a *futuros contactos* com o investigador (por ex., para obtenção de informação mais detalhada sobre alguns dos problemas abordados no questionário); (iii) esperava-se que *algumas empresas*, seleccionadas como exemplos de boas práticas, aceitassem partilhar a sua experiência, franqueando as suas portas ao investigador para prosseguimento do trabalho de campo através de uma *visita de estudo* (por ex., entrevistas com actores-chaves, análise documental, estudos de caso), em condições naturalmente a negociar com as respectivas administrações ou direcções; (iv) quanto a uma eventual adesão à *rede europeia de promoção de saúde no local de trabalho*, tratava-se sobretudo de testar o *grau de cumplicidade* dos respondentes em relação à ideia-chave que estava subjacente a este questionário: a PST é um conceito mais abrangente e mais inovador do que a SH&ST, é sobretudo uma metodologia de acção, orientada para o desenvolvimento individual e organizacional, que está mais próxima da cultura profissional do moderno *management* do que da prática tradicional dos profissionais de SH&ST (a começar pelos médicos do trabalho).

### 3.3. Modelo de análise

#### 3.3.1. Variáveis independentes

##### 3.3.1.1. Sistema integrado de gestão da SH&ST

A partir das respostas dicotómicas (0=Não; 1=Sim) a diversas perguntas do questionário será construído um índice de integração do sistema de gestão da SH&ST, a principal variável independente. Este índice (de 0 a 1) resulta da combinação de 15 indicadores específicos. Algumas das respostas são ponderadas (*Quadro III.5*).

Uma empresa ou estabelecimento com elevado grau de integração do seu sistema de gestão da SH&ST é aquela ou aquele que (ou em que): (i) faz investimentos, a nível de processos, produtos, instalações e equipamentos, visando explicitamente a melhoria das condições de trabalho, em geral, e/ou das condições de SH&ST, em particular; (ii) tem um sistema de gestão da qualidade, de preferência certificado; (iii) tem um sistema de informação sobre o absentismo, em geral, e sobre o absentismo por incapacidade temporária, em particular; (iv) preocupa-se com a incidência de estilos de vida não-saudáveis na sua população trabalhadora; (v) reconhece, de maneira efectiva e concreta, o direito à participação e consulta dos trabalhadores no domínio da SH&ST; (vi) adopta uma estratégia ou filosofia de acção integrada no domínio da SH&ST, preocupando-se com a prevenção dos riscos profissionais e com a promoção da saúde dos trabalhadores; e (vii) leva a cabo iniciativas que cobrem todos os cinco tipos de políticas, programas e actividades de saúde (A, B, C, D, E).

Uma empresa ou estabelecimento com elevado grau de integração do seu sistema de gestão da SH&ST é ainda aquela ou aquele que (ou em que): (viii) dois dos principais *prompting factors* da sua política de saúde no trabalho são explicitamente a filosofia de gestão ou cultura da empresa e a melhoria explícita da saúde dos colaboradores; (ix) a administração/direcção tem um papel activo na gestão dos projectos de saúde; (x) há uma equipa de saúde ocupacional; (xi) os trabalhadores e/ou seus representantes são, no mínimo, consultados nas fases de planeamento e de implementação das políticas, programas e actividades de saúde; (xii) há uma política escrita de SH&ST e/ou um orçamento específico de SH&ST; (xiii) a melhoria da saúde do pessoal é, explícita e reconhecidamente, um dos três principais benefícios obtidos pelas empresas na sequência da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde e a segurança no trabalho; (xiv) é atribuída muita ou bastante prioridade à saúde dos trabalhadores; e, por fim, (xv) há informação quantitativa sobre os custos com o pessoal, incluindo os custos com a saúde e a segurança no trabalho.



Quadro III.5 – Construção do índice de integração do sistema de gestão da SH&ST

Índice	Descrição	Pergunta do questionário
1/15	Os investimentos feitos nos últimos cinco anos, a nível de processos, produtos, instalações e equipamentos, visaram explicitamente a melhoria das condições de trabalho, em geral (Peso 1), e/ou das condições de SH&ST, em particular (Peso 2)	A9
2/15	A empresa tem um sistema gestão da qualidade, certificado (Peso 2) ou não (Peso 1)	A14
3/15	A empresa tem um sistema de informação sobre o absentismo, em geral, e sobre o absentismo por incapacidade temporária, em particular: Essa informação inclui a taxa de absentismo anual (P.B2) bem como a especificação das três principais causas das baixas por doença e/ou acidente (P.B3) (Peso 1); muito em particular, o respondente soube indicar qual a taxa de absentismo aceitável pela administração ou direcção (P.B2.3) (Peso 2)	B2, B.3
4/15	A empresa preocupa-se com a incidência de estilos de vida não-saudáveis de alguns indivíduos ou grupos da sua população trabalhadora (Peso 1)	B4
5/15	Há oportunidades de participação, efectiva e concreta, dos trabalhadores no domínio da SH&ST (Peso 1): (i) há formas (directas e/ou indirectas) de participação individual e colectiva (P.B6), (ii) é atribuída bastante ou muita importância à participação (Valor 5 ou mais, numa de escala de 1, mínimo, a 7, máximo) (P.B7), são, além disso, (iii) reconhecidos os dois direitos mínimos (informar e consultar) ou os cinco direitos que estão legalmente consagrados (formação, informação, consulta, representação e recusa do trabalho em caso de perigo grave e iminente) (P.B8) (Neste último caso, a ponderação é 2)	B6, B7, B8
6/15	A empresa tem uma estratégia ou filosofia de acção integrada no domínio da SH&ST, preocupando-se com: (i) a prevenção dos riscos profissionais; e (ii) a promoção da saúde dos trabalhadores (Peso 1)	B9.2
7/15	A empresa está a (ou tenciona) levar a cabo iniciativas que cobrem todos os cinco tipos de políticas, programas e actividades de saúde (A, B, C, D, E) (Peso 1)	C1, E5
8/15	Dois dos principais <i>prompting factors</i> são (i) a filosofia de gestão ou cultura da empresa e (ii) a melhoria explícita da saúde dos colaboradores (Peso 1)	D1
9/15	A administração/direcção tem um papel activo na gestão dos projectos (Envolvimento igual ou superior a 2.5, numa escala de 1 a 5) (Peso 1)	D2
10/15	Há uma equipa de SH&ST de tipo III (médico do trabalho + 2) ou IV (médico do trabalho + 3, 4 ou 5) (Peso 1)	D2
11/15	Os trabalhadores e/ou seus representantes são, no mínimo, consultados nas fases de planeamento e de implementação (Índice global > 0.25) (Peso 1)	D3
12/15	Dois importantes factores facilitadores são (i) a política escrita de SH&ST e/ou (ii) o orçamento específico de SH&ST	D5
13/15	A melhoria da saúde do pessoal é, explícita e reconhecidamente, um dos três principais benefícios obtidos pelas empresas na sequência da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde e a segurança no trabalho (Peso 1)	D6
14/15	É atribuída muita ou bastante prioridade à saúde (valor $\geq 5$ ) (Peso 1)	E2
15/15	E, por fim, há informação quantitativa sobre os custos com o pessoal, incluindo os custos com a saúde e a segurança no trabalho (Resposta a, pelo menos, dois dos três itens da P.E4) (Peso 1)	E4

### 3.3.1.2. Variáveis de caracterização sociodemográfica e técnico-organizacional

As principais variáveis de caracterização sociodemográfica são as seguintes: (i) dimensão da empresa ou estabelecimento (volume de emprego e/>ou de negócios) (GE, PME); (ii) sector actividade económica (produção, serviços); (iii) principal agrupamento de actividade (I- Indústria Transformadora Pesada; II- Indústria Transformadora Ligeira; III- Comércio. Turismo. Transportes; IV – Outros Serviços); (iv) região (NUT II) (Região de Lisboa e resto do país); (v) controlo accionista privado (sim/não); (vi) exportação (sim/não); (vii) fundação antes de 1974 (antiguidade) (sim/não); (viii) multinacional (sim/não); (ix) cargo ou função do respondente (administração/direcção ou outro). Estas variáveis são nominais ou dicotómicas. Há a ainda a registar a existência de 5 variáveis de razão: percentagem de mulheres, de colarinhos azuis, de pessoal com escolaridade igual ou superior a 9 anos, de pessoal com 40 ou mais anos de idade e, por fim, de trabalhadores sindicalizados (*Quadro III.6*, em anexo).

De entre as variáveis independentes, de caracterização técnico-organizacional, destacam-se além do (i) índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST, ainda mais as seguintes: (ii) grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho; (iii) melhor e maior empresa (*Exame 500/97*) (sim/não); (iv) certificação da qualidade (sim/não); (v) serviço interno de SH&ST (sim/não); (vi) (*Quadro III.6*, em anexo).

Há ainda outras variáveis independentes: riscos (v.g., taxa de absentismo, causas de incapacidade temporária) e principais *prompting factors* (*Quadro III.7*, em anexo); obstáculos factores facilitadores e custos com a saúde e a segurança no trabalho (*Quadro III.8*, em anexo).

### 3.3.2. Variáveis dependentes

As principais variáveis dependentes estão listadas no *Quadro III.9*, em anexo (Prevalência de actividades de saúde, número de actividades de saúde, índice de realização, índice de saúde, participação) e no *Quadro III.10*, em anexo (Principais benefícios).

### 3.3.3. Hipóteses de investigação

A hipótese de investigação principal é a seguinte: as empresas com um sistema integrado de gestão da SH&ST são também as empresas com um (i) maior nº de políticas, programas e actividades de saúde (H1); (ii) maior índice de saúde (H2); (iii) maior índice de realização (H3); e (iv) maior índice de SH&ST (H4).

Secundariamente, as empresas com um sistema integrado de gestão da SH&ST são também as que têm um mais elevado grau de modernização do seu sistema técnico e organizacional de trabalho (H5). A integração do sistema de gestão da SH&ST é independente da dimensão (H6), da pertença à Lista da Exame 500/97 (H7), da certificação da qualidade (H8) e da modalidade de serviços de SH&ST (H9).

### 3.4. Universo empresarial português

#### 3.4.1. Emprego por sexo e região (1998)

Em Portugal, em 1998, o principal sector de actividade, em termos de volume de emprego, era constituído pelos *serviços* (51%). O *sector secundário* empregava cerca de 36% da população trabalhadora. Por sua vez, as *mulheres* representavam menos de 45% da população activa empregada: praticamente 50% no sector primário, 31% nos sector secundário e 53% nos serviços. A *taxa de desemprego* era a mais baixa dos últimos anos (5%) (*Quadro III.10*, em anexo).

Em 1998, a *Região Norte* detinha o maior volume de emprego (36%), seguida da *Região de Lisboa e Vale do Tejo* (LTV) (32%), enquanto ao resto do país (*Região Centro*, *Alentejo*, *Algarve*, *Madeira* e *Açores*) cabia menos de um terço (*Quadro III.11*, em anexo).

#### 3.4.2. Estrutura das empresas portuguesas

No presente relatório, optou-se pelo número de trabalhadores ao serviço (ou volume de emprego) como o critério mais estável de classificação das empresas, considerando como (i) *microempresas* as que têm, ao seu serviço, entre 1 e 9 trabalhadores; (ii) *pequenas empresas*, as de 10 a 49; (iii) *médias empresas*, as de 50 a 249; e (iv) *grandes empresas*, as restantes ( $\geq 250$ ).

Esta é, de resto, a classificação proposta em 1996 pelo Observatório Europeu das PME, de acordo com a Recomendação da Comissão Europeia nº 96/280/CE, de 3 de Abril de 1996. Todavia, está longe de ser seguida entre nós: (i) um exemplo ainda recente é o novo regime jurídico das contra-ordenações laborais (Lei nº 116/99, de 4 de Agosto de 1999); (ii) outro exemplo é o anuário estatístico de Portugal (Portugal. INE, 1999; Guerreiro *et al.*, 2000; Graça, 2000).

O *Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos* (FCEE) do INE continua a ser a base de dados mais completa sobre o universo empresarial português (Portugal. INE, 1999 e 2000). Outra fonte de informação são os *Quadros de Pessoal*, um instrumento administrativo de notação estatística, anual, a cargo do ex-DETEFP – Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional (<http://www.detefp.pt/>).

Os dois ficheiros não são sobreponíveis nem comparáveis entre si. O ficheiro do INE tem cinco vezes mais registos do que os *Quadros de Pessoal*, cobrindo a totalidade do nosso universo empresarial. Os *Quadros de Pessoal* constituem, no entanto, a única fonte que permite caracterizar a população dos trabalhadores por conta de outrem, excluindo o pessoal da função pública. (Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. DETEFP, 1999).

Dados que foram disponibilizados ao investigador pelo INE, com referência ao FCEE e à situação em Dezembro de 1998, apontavam para a existência de mais de um milhão de empresas: (i) cerca de 264 mil empresas societárias; e (ii) perto de 845 mil empresários em nome individual, com e sem pessoal ao serviço. O volume de emprego era então da ordem

dos 2.4 milhões de trabalhadores e o volume de negócios ultrapassava os 45.785 milhões de contos, não incluindo num caso e noutro os empresários em nome individual, com ou sem pessoal ao serviço, nem as *Actividades Financeiras* (CAE J) (Portugal. INE, 2000). Dados menos recentes mas mais completos estavam disponíveis no relatório *Relações Sócio-Laborais em Micro e Pequenas Empresas* cujos autores (Guerreiro *et al.*, 2000) tiveram um acesso privilegiado ao ficheiro de 1997, em suporte magnético.

Considerando a totalidade das empresas registadas (e das quais mais de 93% estariam em actividade), verifica-se que, em 1997, (i) as microempresas (< 10 pessoas ao serviço) atingiam os 95.8%; (ii) as de pequena dimensão (10-49 trabalhadores) representavam 3.5% do total; (iii) as micro e pequenas empresas (MPE) só por si representavam, portanto, 99.4% do total; (iv) das restantes 0.6% de empresas registadas no FCEE, 0.5% eram de média dimensão (50-249 trabalhadores) e apenas 0.1% de grande dimensão ( $\geq 250$ ) (*Quadro III.12*, em anexo).

Repare-se que, neste universo de um milhão e 45 mil empresas, há quase 947 mil (90.6%) que empregam menos de 5 trabalhadores e que na sua grande maioria são *empresários em nome individual* com ou sem pessoal ao serviço (*Quadro III.13*, em anexo).

De acordo com os *Quadros de Pessoal* o total de empregadores em Outubro de 1999 era de cerca de 235 mil, sendo mais de um terço empresários em nome individual. Quase dois terços destas empresas em nome individual encontravam-se em sectores tradicionais de actividade: Comércio (CAE G), Hotelaria (CAE H) e Construção (CAE F) (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. DETEFP, 2002).

Das pessoas ao serviço nas cerca de 235 mil empresas e estabelecimentos do Continente, 91.8% eram trabalhadores por conta de outrem, os quais por sua vez estavam, na sua grande maioria (97.1%), abrangidos por instrumentos de regulamentação colectiva (IRC).

Embora os *Quadros de Pessoal* não sigam a tipologia proposta, em 1996, pelo Observatório Europeu das PME, é possível no entanto desagregar a informação relativa às micro-empresas e às empresas de pequena dimensão (até 49 trabalhadores). Assim, e relativamente a 1999: (i) as microempresas (de 1 a 9 trabalhadores) representavam 82.2 % do total, muito embora o seu volume de emprego não fosse além dos 25.6% do volume total; (ii) por sua vez, as empresas de pequena dimensão (de 10 a 49 trabalhadores) representavam 15.1%, mas, em contrapartida, detinham 27.2% do volume de emprego; (iii) quanto às empresas de média dimensão (de 50 a 249 trabalhadores), não é possível saber com exacto rigor quantas eram, devido à não discriminação da classe estatística dos 200-249; sabe-se apenas que as empresas entre 50 e 499 trabalhadores constituíam 2.6 % do total da população, com um volume de emprego de 28.8% do total de pessoal; (iv) finalmente, as empresas de grande dimensão ( $\geq 500$ ) ultrapassavam ligeiramente as três centenas ( $n=306$ ), mas só por si detinham 18.4 % do volume total de emprego.

Analisando a distribuição das empresas pela classificação da actividade económica (CAE), verifica-se que mais de 36% pertence ao sector do *Comércio e Reparação* (G), com particular destaque para o *comércio a retalho e a reparação de bens pessoais e domésticos* (cerca de 24%) (*Quadro*, em anexo). A uma razoável distância vêm as empresas da *Construção* (16%) e das *Indústrias*

*transformadoras* (11%). Abaixo dos 10%, temos as empresas que se dedicam a *Actividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas* (9%), bem como as do *sector hoteleiro* (8%) e *agrícola* (8%).

Através da informação sobre o volume de vendas, constante do FCEE (1997) também é possível saber o peso económico das empresas em função da sua dimensão: (i) as microempresas ( $\leq 9$  trabalhadores) facturavam apenas 24% do total (que era, em 1997, de mais de 43.7 mil milhões de contos); (ii) no seu conjunto, as MPE ( $\leq 49$  trabalhadores) tinham menos de metade do volume de negócio (47%); (iii) os restantes 53% cabiam às empresas de média (21%) e grande dimensão (32%).

De acordo com a localização da sua sede social, a grande maioria das empresas do FCEE (1998) concentravam-se na *Região de Lisboa e Vale do Tejo* (45%), na *Região Norte* (30%) e na *Região Centro* (14%). Pouco mais de 10% localizavam-se nas restantes regiões: Alentejo (3%), Algarve (4.7%), Madeira (2.7%) e Açores (0.9%). A Região de Lisboa e Vale do Tejo era também a que empregava mais gente (44%) e registava a maior proporção de volume de negócio (57%) (Portugal. INE, 2000).

### 3.4.3. As 500 melhores e maiores da *Exame* (1997)

À semelhança de outras conceituadas publicações estrangeiras ligadas aos negócios (por ex., a *Fortune*), a revista *Exame* elege todos os anos, desde 1989, as *500 melhores e maiores* empresas, com exclusão do *sector financeiro*. Para efeitos de comparação com o ficheiro da D&B (1996), foi utilizada a lista da *Exame*, publicada em 1997 (*Exame*, Out./Nov. 1997, nº 2, edição especial).

Com referência ao exercício de 1996, a *Exame* seleccionou as empresas com um volume de vendas líquidas superior a 5 milhões de contos. A pontuação final resultou da ponderação de oito indicadores de natureza *económico-financeira*. Tal como em anos anteriores, os dados foram coligidos e tratados pela Dun & Bradstreet e auditados pela Arthur Andersen. Para cada um dos 26 sectores de actividade, foi atribuído o título de empresa do ano.

Esta iniciativa já tem suficiente tradição e prestígio no nosso país, pelo que figurar na lista da *Exame/500* não só é honroso para qualquer empresa como sobretudo é um indicador do seu bom desempenho, avaliado “segundo os critérios da contribuição para a economia, o dinamismo, a rentabilidade e o equilíbrio financeiro” (*Exame*, 1997: 25). Nesse ano, as 500 melhores e maiores empresas eleitas pela *Exame* (abreviadamente *Exame 500/97*) tiveram um volume de negócios da ordem dos 10.5 mil milhões de contos. O total de trabalhadores ascendia a cerca de 335 mil.

As empresas de controlo accionista estrangeiro (multinacionais ou transnacionais) representavam mais de um terço (34.8%) do total. Por sua vez, mais de dois terços dessas empresas eram oriundas da UE, com destaque para a Alemanha (25), a França (23), o Reino Unido (21), a Espanha (18) e a Holanda (13). Na lista figuravam ainda outros Estados-membros da UE: Itália (4), Suécia (4), Bélgica (4), Dinamarca (4), Finlândia (2) e Luxemburgo (1). Fora da UE, havia 33 empresas dos EUA, 8 do Japão e outras tantas da

Suíça, sendo as restantes provenientes do Brasil (2), Coreia do Sul (2), Colômbia (1) e Hong-Kong (1).

Os sectores de actividade com maior peso das *empresas estrangeiras*, em função das vendas líquidas, eram os seguintes (entre parêntesis, os valores do volume de negócio em percentagem, por ordem): Higiene e limpeza (100%); Equipamento de transporte (88%); Material eléctrico e de precisão (85%); Produtos farmacêuticos (84%); Química (81%); Comércio electroelectrónico (80%); Vestuário e couro (53%).

No total das vendas líquidas das empresas incluídas na *Exame 500/97*, o peso das empresas de controlo accionista estrangeiro era de 35.7%. Em termos de volume de emprego representavam 26.8%.

### 3.4.4. Certificação do Sistema de Qualidade

Em 14 de Agosto de 1997, havia 477 empresas e estabelecimentos *com certificação do sistema da qualidade* (segundo a informação disponibilizada pela *webpage* do Instituto Português da Qualidade). Dessas, 96 estavam certificadas segundo a norma NP EN ISO 9001 (*Sistemas da qualidade. Modelo de garantia da qualidade na concepção/desenvolvimento, produção, instalação e assistência após-venda*); 365 estavam certificadas segundo a norma NP EN ISO 9002 (*Sistemas de qualidade. Modelo de garantia da qualidade na produção, instalação e assistência após-venda*); e as restantes (n=16), segundo a norma NP EN ISO 9003 (1995) (*Sistemas da qualidade. Modelo de garantia da qualidade na inspecção e ensaios finais*) (Quadro III. 14).

Quadro III. 14 – Número de certificados na área da qualidade e do ambiente

Norma ISO 9000 (Qualidade)	Nº	%
NP EN ISO 9001	281	21.7
NP EN ISO 9002	1009	77.7
NP EN ISO 9003	8	0.6
Nº total série ISO 9000	1298	100.0
ISO 14001 (Ambiente)	37	
Nº total de certificados	1335	

Fonte: Portugal Instituto Português da Qualidade (<http://www.ipq.pt>) (18.05 2001)

Um ano depois (situação reportada a 31 de Agosto de 1998), o número de certificados em vigor passava para 712 (um aumento de 49.3%) Finalmente, em 18 de Maio de 2001, o total de empresas certificadas ascendia a 1335.

Por falta de elementos, não é possível fazer a caracterização destas empresas, nomeadamente por sector de actividade, região, volume de emprego ou volume de negócio.

Em 12 de Maio de 2003, a principal entidade certificadora em Portugal, a APCER – Associação Portuguesa de Certificação, apresentava um *portfólio* de 1790 empresas certificadas das quais mais de 85% concentradas em seis distritos do Litoral: Lisboa (25.6%), Porto (20.4%), Aveiro (16.5%), Braga (10.2%), Leiria (7.7%) e Setúbal (4.7%).

Por sectores de actividade, perto de 60% das empresas da lista da APCER concentravam-se nos seguintes: (i) comércio por grosso e retalho, e reparação de veículos automóveis (13.1%); (ii) fabricação de produtos metalúrgicos de base e produtos metálicos (10.7%); (iii) têxteis e produtos têxteis (8.2%); (iv) equipamento eléctrico e de óptica (6.0%); (v) construção (5.5%); (vi) transporte, armazenagem e comunicações (5.1%); (vii) químicos, produtos químicos, fibras sintéticas e artificiais (5.0%); e, finalmente, (viii) fabricação de artigos de borracha e matérias plásticas (5.0%). Menos de 30% das empresas pertenciam ao sector de serviços (APCER, 2003).

De referir que o número de empresas certificadas pela APCER segundo a NP EN ISSO 14001:1999 (*Sistema de gestão do ambiente*) era apenas de 92 (5.1%). No final do ano de 2002 havia já quatro empresas certificadas segundo a OSHA 18001:1999 / NP 4397: 2001 – *Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho*.

Outro organismo nacional de certificação é a SGS ICS (*Société Générale de Surveillance-International Certification Services*): na sua lista de empresas portuguesas certificadas terá menos de 600 (<http://www.sgs.pt/ics/search.asp>).

### 3.4.5. O universo do Balanço Social (1996-1998)

O Balanço Social é entregue anualmente por todas as *empresas com 100 ou mais trabalhadores* ao seu serviço, independentemente do seu vínculo contratual (D.L. n.º 9/92, de 22 de Janeiro). Desconhece-se a proporção de empresas que, estando abrangidas, cumprem anualmente esta obrigação legal. Em 1996, por ex., o número de empresas com 100 ou mais trabalhadores, registadas no FCEE, era de 2543 (10% das quais poderiam não estar activas). Desse total apenas 2087 (82%) deram cumprimento, até 31 de Março de 1997, ao disposto na lei do Balanço Social, em relação ao exercício do ano de 1996.

No triénio de 1996 a 1998, as empresas de maior dimensão ( $\geq 250$  trabalhadores) representavam cerca de um 1/3 do total das empresas do Balanço Social, mas em contrapartida empregavam mais de 70% da força de trabalho (*Quadro III.1 5*).

Ainda com referência a 1996, sabe-se que (i) uma em cada cinco pessoas ao serviço, em 31 de Dezembro, das empresas abrangidas pelo Balanço Social, tinha um *contrato a termo*; (ii) 27% dos trabalhadores eram mulheres; (iii) 32% do pessoal ao serviço tinha mais de 40 anos.

Quadro III.15 — Proporção do nº de empresas e volume de emprego por escalão de dimensão das empresas (1996-1998) (%)

Dimensão	Ano	1996		1997		1998	
		Nº empresas	Volume de emprego	Nº empresas	Volume de emprego	Nº empresas	Volume de emprego
100-249		66.0	28.1	66.7	28.0	65.1	26.3
250-499		21.0	19.6	20.1	18.5	21.3	19.0
≥ 500		13.0	52.3	13.2	53.5	13.6	54.7
Total		N=2087	N=757.3 (a)	N=2149	N=796.4 (a)	N=2007	N=777.2 (a)

Fonte: Portugal. Ministério da Solidariedade e do Trabalho (Estatísticas. Balanço Social, 1996, 1997, 1998) (a) Em milhares

Não era possível, entretanto, fazer a distinção entre *colarinhos brancos* e *colarinhos azuis*, dadas as categorias usadas pelo Balanço Social para classificar o nível de *qualificação*, um conceito jurídico-administrativo que está de acordo com a tipologia usada na contratação colectiva. No entanto, mais de um terço dos efectivos eram classificados, em 1998, nas categorias de profissionais semi-qualificados (22.5%) e não-qualificados (12%).

Por outro lado, só menos de 43% do pessoal ao serviço das nossas maiores e melhores empresas tinham em 1996 um nível de habilitações literárias, igual ou superior a 9 anos. Essa proporção era claramente inferior em sectores com mão-de-obra envelhecida ou tradicionalmente pouco ou nada qualificada como é o caso, por exemplo, da *Agricultura* (25.3%), das *Indústrias extractivas* (24.2%) ou da *Construção e obras públicas* (28.4%).

A *produtividade do trabalho* (Valor Acrescentado Bruto por trabalhador) conheceu, neste período, um acréscimo de cerca de 4.1 milhões de escudos, tendo passando de 5.2 milhões de escudos em 1991 para 9.3 milhões de escudos em 1998. Em todo o caso, este indicador está associado à (i) dimensão da empresa e ao (ii) sector de actividade. Por exemplo, nas empresas com 500 ou mais trabalhadores, a produtividade do trabalho tende a ser o dobro da produtividade das restantes empresas, com menos de 500 trabalhadores.

3.5. População de referência: o ficheiro da Dun & Bradstreet (1996)

3.5.1. Introdução

A amostra de empresas (n=1500) a quem foi dirigido o questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* foi extraída, aleatoriamente, dum ficheiro em suporte magnético da Dun & Bradstreet (abreviadamente D&B), com dados relativos ao exercício de 1996.

Farei a seguir uma breve caracterização do universo ou população de referência (N=2072), em termos de dimensão, forma jurídica, controlo accionista, região da sede, capital social, época da fundação e antiguidade, além do ramo de actividade principal, da eventual actividade exportadora e do volume de negócio. Não dispunha, à partida, de informação que me permitisse a efectuar a caracterização sociodemográfica deste conjunto de empresas, nomeadamente em termos de composição da sua mão-de-obra, por género, grupo etário, escolaridade, sindicalização e qualificação.



### 3.5.2. Dimensão: volume de emprego e volume de negócio

Em princípio, este era o universo das duas mil maiores empresas portuguesas, com 75 ou mais trabalhadores, sendo do sector terciário, ou com 100 ou mais trabalhadores, pertencendo aos sectores primário e secundário.

Cerca de 63% das empresas do ficheiro da D&B eram de *média dimensão*, tendo entre 75 e 250 trabalhadores. No seu conjunto as PME (< 250) detinham menos de um quarto do total do volume de emprego. Inversamente, as empresas de *grande dimensão* (GE) ( $\geq 250$ ) representavam 37% do total (N=2068) e empregavam mais de 77%. Registe-se, por outro lado, o número muito restrito de empresas entre 75 e 99 trabalhadores (7.7%) e, no outro extremo, de empresas com 1000 ou mais (6.3%), detendo 1.6% e 45.1%, respectivamente, do volume total de emprego (*Quadro III.16*).

Quadro III.16 — Repartição do nº de empresas por dimensão ou volume de emprego (Ficheiro da D&B, 1996)

Dimensão da empresa	Nº	%	Volume de emprego	%
PME (< 250 trabalhadores)	1298	62.8	189352	22.5
GE ( $\geq 250$ )	770	37.2	651484	77.5
Total	2068	100.0	840836	100.0

Em termos globais, o volume de negócios destas empresas (com exclusão das *sociedades financeiras* bem como as empresas da *agricultura e pesca*), totalizava cerca de 13 mil milhões de contos, o equivalente a mais de 80% do Produto Interno Bruto (PIB) do ano de 1995. Por outro lado, estas empresas tinham, no final do ano de 1995, mais de 840 mil pessoas ao serviço, ou seja, o equivalente a cerca de 20% da população empregada, que era então de 4 milhões e 416 mil (Portugal. INE, 1996: 63). É de referir que só quatro destas empresas ultrapassavam, no seu conjunto, os 86 mil trabalhadores (mais de 10% do total).

Não tenho, entretanto, informação sobre o *valor acrescentado bruto* (VAB) de cada uma destas empresas mas estimo que, no total, fosse superior a 1/3 do nosso PIB, por comparação com os dados do balanço social de 1995 (Portugal. Ministério do Emprego e Segurança Social 1995; Graça, 1995).

Mesmo não incluindo as *microempresas* (de 1 a 9 trabalhadores) nem as empresas de *pequena dimensão* (de 10 a 49 trabalhadores), este ficheiro acaba por pôr em evidência a frágil estrutura do universo empresarial português (Graça, 2001). Utilizando dois dos critérios (o volume de emprego e volume de negócio) que é habitual usar-se para classificar as PME (de acordo com a Recomendação da Comissão Europeia 96/280/CE, de 3 de Abril), constata-se que só menos de um 1/3 das nossas duas mil maiores empresas são de grande dimensão (*Quadro III.17*).

Quadro III.17 — Repartição do nº de empresas por dimensão (volume de emprego e/ ou volume de negócio) (Ficheiro da D&amp;B, 1996) (n=2068)

Dimensão da empresa (volume de emprego e/ou negócio)	Nº	%	Volume de emprego	%
PME (< 249 trabalhadores e/ou < 7.5 milhões de contos de volume de vendas)	1425	68.9	268622	31.9
GE (> 250 trabalhadores e/ou > 7.5 milhões de contos de volume de vendas)	643	31.1	572214	68.1
<i>Total</i>	2068	100.0	840836	100.0

A exploração estatística sugere que a distribuição do volume de emprego nas PME (entre 79 e 249) é assimétrica positiva, com um grande enviesamento à esquerda, mas não havendo *outliers*. O número médio de trabalhadores, nas PME, era de 144.5, valor esse correspondente à trimédia a 5%. Nas GE ( $\geq 250$ ), a assimetria é ainda muito maior, e há 89 *outliers*. A média era de 737 (*mediana*=417, *d.p.*=987). Quanto ao valor médio do volume de negócio, cifrava-se em 2.3 milhões nas PME (*mediana*=1.8, *d.p.*=1.7) e 23.6 milhões de contos nas GE (*mediana*=13.6, *d.p.*=24.4).

### 3.5.3. Região

Tendo em conta a sua localização geográfica (que é a do concelho da sede social ou legal), verificava-se que havia um claro predomínio das empresas da *Região de Lisboa e Vale do Tejo* (48.4%), seguida da *Região Norte* (33.4%) e da *Região Centro* (11.5%). O Alentejo, o Algarve e as Regiões Autónomas faziam-se representar por apenas 6.7% do total de empresas. Para efeitos de divisão por Região (NUT II), foram utilizados os critérios de inclusão do INE (Portugal, INE, 1997: 27).

Por comparação com as restantes regiões, a de Lisboa e Vale do Tejo tendia a concentrar as empresas financeiras e não financeiras de maior dimensão (em termos tanto de volume de emprego como de volume de negócio).

### 3.5.4. Forma jurídica e controlo accionista

As empresas societárias, financeiras e não-financeiras, do sector privado, público ou cooperativo, constituíam a quase totalidade (97.2%) do universo, com predomínio das *sociedades anónimas* (51.4%) e das *sociedades por quotas* (43.9%). A percentagem de *cooperativas* e de *empresas públicas* (EP) era perfeitamente residual: 1.6% e 0.3%, respectivamente. No caso das EP, o seu reduzidíssimo número era um resultado directo e evidente das transformações económicas e das privatizações, operadas a partir de meados da década de 1980.

Não se dispunha de informação sobre o *controlo accionista* (público, privado, cooperativo ou estrangeiro), nem sobre o número de *multinacionais* e a sua origem geográfica, por país, região ou continente.

Por outro lado, e dada a natureza comercial do ficheiro da D&B, as organizações sem fins lucrativos que operavam no mercado social (associações, organismos públicos autónomos, instituições privadas de solidariedade social, etc.) não estavam praticamente representadas, não obstante a importância do seu volume de emprego e as suas obrigações sociais, nomeadamente em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST (art. 2º do D.L. nº 441/91, de 14 de Novembro de 1991). O mesmo se passava com a administração pública (incluindo o sector da segurança social, da saúde e da educação), à qual também é aplicável o D.L. nº 488/99, de 17 de Novembro de 1999.

Seleccionando apenas as *empresas societárias* (n=1965, com exclusão das cooperativas e empresas públicas), verifica-se que a forma jurídica está associada à dimensão: as PME (até 249 trabalhadores) tendem a assumir a forma jurídica da *Sociedade por Quotas*, enquanto as GE ( $\geq 250$ ) são sobretudo *Sociedades Anónimas* ( $p < .001$ ).

### 3.5.5. Capital social

Cerca de 24% das empresas societárias (incluindo cooperativas e empresas públicas) do ficheiro da D&B detinham um capital social *inferior a 100 mil contos*. Inclusive havia quase 7% do total que não atingiam sequer os 10 mil contos. Em suma, 7 em cada 10 estão no escalão abaixo do *milhão de contos*. O capital social estava, muito significativamente, associado à forma jurídica e à dimensão da empresa: o seu volume médio era maior nas GE e nas Sociedades Anónimas. O que, de resto, não é surpreendente, dados os constrangimentos legais impostos à constituições das empresas: no caso, por exemplo, das Sociedades por Quotas, o capital social mínimo exigido por lei é de 5000 euros (o equivalente a pouco mais de um milhão de escudos). Recorde-se, no entanto, que o capital social é apenas uma das partes dos capitais próprios das empresas.

Estes dados não deixam de apontar para outro ponto fraco do nosso tecido empresarial: por exemplo, (i) apenas 20 empresas (metade das quais eram sociedades financeiras) detinham um capital social igual ou superior a 50 milhões de contos; e (ii) dessas apenas 10 ultrapassavam o limiar dos 100 milhões enquanto (iii) apenas uma ia muito para além dos 300 milhões: de facto, o seu capital social atingia a cifra excepcional, para o contexto português, dos 2 mil milhões de contos (Tratava-se obviamente de uma sociedade financeira).

No seu conjunto, as empresas societárias do ficheiro da D&B (n=2008) totalizavam cerca de 7 mil milhões de contos de capital social (valor correspondente a cerca de 45% do PIB, em 1995). Mas mais de metade deste montante (4.1 milhões de contos) estava concentrado em 20 empresas (a maior parte do sector financeiro) que, no seu conjunto, empregavam cerca de 100 mil trabalhadores e facturavam 22.6 mil milhões de contos.

### 3.5.6. Sector de actividade económica

Dividindo as empresas do ficheiro da D&B pelos três principais sectores de actividade económica, constata-se que a maioria pertencia ao sector *produtivo* ou de produção de bens (56%), incluindo os sectores primário (1.1%) e secundário (54.7%). O sector *terciário* (ou de prestação de serviços) detinha, contudo, o maior volume de emprego (51%) (*Quadro III.18*).

As empresas das *Indústrias Transformadoras* (CAE D), do *Comércio e Serviços de Reparação* (CAE G), e do *Alojamento e Restauração* (CAE H) representavam, só por si, mais de dois terços da população.

Quadro III.18 — Repartição do nº de empresas e volume de emprego por sector económico (D&B, 1966)

Sector económico (CAE-Rev.2)	Nº	%	Volume de emprego	%
Primário (A/B)	23	1.1	4756	0.6
Secundário (C/F)	1156	54.7	404370	48.1
Terciário (G/Q)	916	44.2	431171	51.3
Total	2072	100.0	840297	100.0

Agrupando as empresas por *ramo de actividade principal* (CAE- Rev.2) obteve-se informação mais detalhada sobre as características do nosso universo ou população de referência (*Quadro III.19*, em anexo). Assim: (i) o *sector primário* (CAE A/B) praticamente não tinha expressão no ficheiro da D&B; (ii) o mesmo se passava com as *indústrias extractivas* (CAE C), integradas no sector secundário; (iii) quanto às *indústrias transformadoras* (CAE D), optei por dividi-las em três agrupamentos, tendo em conta sobretudo as afinidades em termos de condições de trabalho e de riscos para a saúde e a segurança dos trabalhadores (Paoli, 1992 e 1997).

O *agrupamento 4* destaca-se dos restantes quer pelo número de empresas (29%) quer pelo volume de emprego (22%). Neste agrupamento, incluem-se as seguintes actividades principais da indústria transformadora ligeira (entre parêntesis a CAE-Rev.2): *Indústrias alimentares, das bebidas e do tabaco* (DA); *Indústria têxtil* (DB); *Indústria do couro e dos produtos de couro* (DC); *Indústrias da madeira, cortiça e suas obras* (DD); *Pasta, Papel e Cartão, e Seus Artigos; Edição e Impressão* (DE); *Indústrias transformadoras, n.e.* (DN).

No seu conjunto, estas empresas empregavam mais de 180 mil trabalhadores, facturavam 2.6 milhões de contos e o seu capital social elevava-se a 700 milhões de contos.

No *agrupamento 2* estavam integradas as empresas (n=92) das *Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos* (DJ), *Artigos de Borracha e de Matérias Plásticas* (DH), *Outros minerais não metálicos* (DI), *Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais* (DG) e *Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear* (DF); no seu conjunto valiam 475 milhões de contos (em termos de capital social) e facturavam cerca de 1850 milhões de contos.

No *agrupamento 2* decidi incluir dois sectores que, para efeitos estatísticos, são habitualmente distintos das *Indústrias Transformadoras* (D): as *Indústrias Extractivas* (C) e a *Electricidade, gás e água* (E). Este último era constituído por 12 grandes empresas, com um volume de emprego superior a 19 mil (O montante do capital social e do volume de vendas era de 600 milhões e 1050 milhões de contos, respectivamente).

Por seu turno, o *agrupamento 3* compreendia as *Máquinas e equipamentos, n.e.* (DK), o *Equipamento Eléctrico e de Óptica* (DL) e o *Material de transporte* (DM). No seu conjunto, este agrupamento empregava mais de 70 mil trabalhadores. O seu capital social e o seu volume de vendas eram da ordem dos 220 milhões e 1288 milhões de contos, respectivamente.

Do sector secundário fazem ainda parte a *Construção (CAE-F)*, com 150 empresas e mais de 56 mil trabalhadores (7%), com um capital social de 180 milhões de contos e uma facturação de mais de 870 milhões de contos.

Finalmente, no sector terciário (CAE G a O), destacava-se, pelo seu volume de emprego (23%), o *agrupamento 8* (onde se inclui a banca, os seguros, as actividades imobiliárias, os alugueres e os serviços prestados às empresas), e pelo número de empresas (23%) o *agrupamento 6* (que inclui o comércio, os serviços de reparação, a hotelaria e a restauração). As empresas do *agrupamento 6* valiam no seu conjunto 350 milhões de contos em volume de capital social e mais de 3270 milhões de contos em volume de vendas.

Por sua vez, o *agrupamento 8* (devido ao peso das actividades financeiras) era o que empregava mais gente (mais de 195 mil), apresentava o maior volume de negócio (33 mil e 854 milhões de contos) e registava o maior volume de capital social (mais de 3750 milhões de contos).

Por sua vez, os *Transportes, armazenagem e comunicações (CAE-I)*, representados apenas por 4.5% das empresas, apresentavam um volume de emprego equivalente a 12% do total. As empresas deste *agrupamento 7* valiam mais de 600 milhões de contos em termos de capital social e 1140 milhões de contos em volume de vendas. O *agrupamento 9*, com menos de 5% do total de empresas, empregava apenas 3.1% do total de trabalhadores. O capital social das empresas societárias (n=69) não ia além dos 28 milhões. O volume de vendas deste agrupamento era da ordem dos 116 milhões de contos (n=100).

A Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) concentrava um maior número de empresas de serviços (68%), com destaque para o *Comércio (CAE G)*, *Turismo (CAE H)* e *Actividades Financeiras (CAE J)*.

### 3.5.7. Actividade exportadora

Duas em cada cinco empresas do ficheiro da D&B pertenciam ao sector exportador: importavam e exportavam simultaneamente ou exportavam exclusivamente. Na sua grande maioria (90%), as empresas exportadoras pertenciam ao sector produtivo ( $p < .001$ ).

Eram os *agrupamentos de actividade económica 2, 3 e 4* que apresentavam a maior proporção de empresas exportadoras; no seu conjunto representavam 87% do total das empresas viradas para os mercados externos. Cerca de 85% das empresas do *agrupamento 3* eram exportadoras, nelas se incluindo a indústria automóvel e de componentes para automóvel (CAE DM) bem como a indústria de material eléctrico e de precisão (CAE DL).

Em segundo lugar, com uma proporção de 78%, vinha o *agrupamento 4* onde se inserem indústrias tradicionais como o têxtil (DB) e o calçado (DC).

Cerca de 69% das empresas do *agrupamento 2* também tinham actividade exportadora. Em contrapartida, as empresas do sector terciário estavam ainda claramente viradas para o mercado interno.

3.5.8. Antiguidade

Tendo em conta o ano da fundação, sabe-se que: (i) cerca de 47% das empresas do ficheiro da D&B tinha surgido *depois de 1973*, sendo por isso relativamente jovens; (ii) o número de empresas centenárias, fundadas até 1897, era escasso (3.2%); (iii) do período que ia de 1898 *até ao final da República* (1925), eram apenas 8.7% do total. Entretanto, *de 1926 até ao final da década de 1950*, quando a economia portuguesa começou a abrir-se ao exterior e a internacionalizar-se, com a adesão à EFTA (1959), eram 21% das empresas.

Em conclusão, mais de dois terços das empresas constantes do ficheiro da D&B tinham sido constituídas *a partir de 1960*: (i) 23% entre 1960 e 1973; (ii) 25% entre 1974 e 1985; e (iii) 22% a partir do ano da nossa integração europeia (1986) e até 1997.

Agrupando as empresas por sector económico (Produção e serviços), constata-se a existência de diferenças estatisticamente muito significativas em relação *ao período da fundação*. De facto, reflectindo a tendência para a *terciarização* da nossa economia, a proporção das empresas do sector de serviços tendia a aumentar em relação às dos sectores primário e secundário, a partir sobretudo do ano da nossa integração europeia (1986), em que a situação se inverteu com as empresas de comércio e serviços (n=262) a sobrepor-se em número às dos sectores tradicionais (n=183) (*Quadro III.20*).

Quadro III 20 — Repartição do número de empresas por período da fundação e sector económico (D&B, 1996) (n=2059) (%)

Sector económico	Produção	Serviços
Período da fundação		
Até 1959	32.8	26.0
1960-1973	24.8	21.4
1974-1985	26.6	23.6
≥ 1986	15.8	29.0
Total	N=1155	N=904

p < 001

3.5.9. Cargo ou função

No ficheiro da D&B fazia-se a distinção entre cargos de administração/direcção e funções executivas. Em cada unidade de registo (empresa) figurava um máximo de quatro nomes, correspondentes às funções 1, 2, 3 e 4: a situação mais frequente, era a função 1 corresponder, nas Sociedades Anónimas (e nalgumas multinacionais com outra forma jurídica), ao cargo de *Presidente ou Vºgal do Conselho de Administração*, de *Administrador-Delegado* ou *Administrador* (n=1052), e as restantes funções (2, 3 e 4) a *Membros do Conselho de Administração* (n=41); nas Sociedades por Quotas, a função 1 cabia, em geral, à figura do *Sócio-gerente* e do *Gerente* (n=858) (*Quadro III.21*).

Quadro III.21 — Repartição do nº de cargos ou funções de nível 1 (Ficheiro da D&amp;B, 1996) (n=2072)

Cargo	Total	%
Presidente do Conselho de Administração ou equivalente	1093	52.8
Sócio-gerente ou equivalente	858	41.4
Outro	121	5.8
Total	2072	100.0

As funções executivas 1, 2, 3 e 4 correspondiam, respectivamente, aos cargos de *Director Geral* (n=997), *Director Financeiro* (n=1462), *Director de Produção/Operações* (n=823) e *Director Comercial/Vendas* (n=945). A exploração estatística destes dados sugere que, no potencial universo das nossas duas mil maiores e melhores empresas, só em 46% dos casos existia (ou era conhecida) a figura do *Director Comercial ou de Vendas*, ou que só 7 em 10 empresas existia formalmente uma *Direcção Financeira* (Quadro III.22, em anexo). No ficheiro da D&B não havia quaisquer informação sobre outras funções executivas (como, por exemplo, a *direcção de recursos humanos*) nem muito menos sobre áreas funcionais como a SH&ST.

### 3.6. Amostra

#### 3.6.1. Taxa de resposta (A1)

Dos 1500 questionários enviados pelo correio (1º *mailing*), apenas 2 foram devolvidos por desconhecimento do destinatário: num caso, a empresa tinha cessado a actividade e, no outro, tinha sido alienada pelo respectivo grupo económico. Dos restantes foram recebidos 228 (15.2%), desde o princípio de Abril até finais de Setembro de 1997. Sete vinham em branco ou com uma percentagem de perguntas não respondidas de tal modo elevada que inviabilizava o seu tratamento. Em três desses casos, os questionários devolvidos em branco eram acompanhados de carta da administração ou direcção a justificar a sua recusa em colaborar no estudo, alegando-se polidamente (i) razões de princípio, (ii) falta de tempo ou (iii) falta de oportunidade devido a processos de reestruturação em curso.

Na sequência de um *follow-up* telefónico feito a cerca de 10% dos inquiridos (n=150), houve, no máximo, um dúzia de recusas explícitas em colaborar. Até finais de Setembro de 1997, foram recebidos e considerados como válidos, para efeitos de tratamento informático e estatístico, 221 questionários (14.7%). De Janeiro a Junho de 1998, recebi mais 43 questionários, na sequência de um 2º *mailing*, enviado a uma amostra aleatória de 500 não-respondentes da lista do 1º *mailing*. A taxa de resposta foi, pois, de 8%. Foram considerados como válidos e tratados mais 38 questionários. O tamanho da amostra final é, portanto, de 259 empresas ou estabelecimentos (Quadro II.23), o que corresponde a uma taxa de resposta final de 17.3%. Na realidade, o total de respondentes foi de 271 (18.1%), sendo 12 o número de questionários inválidos.

Na prática, esse valor é mais elevado. De facto, considerando que em nove casos as respostas foram dadas, não em nome da *empresa* a cujo representante máximo o questionário era endereçado, mas do *grupo económico* a que a empresa pertencia, o total de unidades ultrapassava as 300 (20%), já que os nove grupos económicos representam cerca de 80 empresas, das quais metade não figurava no ficheiro da D&B (Em geral, eram empresas de serviços com menos de 75 trabalhadores). Acrescente-se que o tamanho dos grupos era variável, indo de 3 empresas a 22, no máximo. Alguma informação adicional foi obtida por telefone ou por recurso a documentação escrita.

Quadro III 23 — Repartição do número de respondentes por tipo de unidade

Unidade de resposta	Nº	%	Volume de emprego	%
Empresa	232	89.6	148285	81.6
Estabelecimento	18	6.9	10379	5.7
Grupo (a)	9	3.5	23149	12.7
Total	259	100.0	181813	100.0

(a) Representando 78 empresas, das quais 39 figuravam no ficheiro da D&B

Praticamente 90% dos respondentes ao inquérito por questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* são constituídos por *empresas* (n=232) que, no total, empregavam mais de 148 mil trabalhadores. Os *estabelecimentos* (n=18) tinham ao seu serviço cerca de 10300, enquanto os *grupos* (n=9) representavam mais de 23 mil trabalhadores.

Onze dos *estabelecimentos* pertenciam a multinacionais. Dez eram unidades fabris. Quatro pertenciam a uma mesma multinacional, mas eram fábricas ou unidades de negócio distintas, localizadas em vários pontos do país, funcionando na prática como empresas autónomas e com diferentes serviços de SH&ST. Quanto aos *grupos* só um pertencia a uma multinacional, do sector da indústria farmacêutica: tratava-se de uma sociedade gestora de participações sociais. Dos grupos nacionais destacava-se um, do sector da produção e distribuição de electricidade, gás e água (CAE E), composto por 22 empresas e que empregava na altura mais de 16 mil trabalhadores.

Far-se-á a seguir a caracterização e a validação da amostra em termos sucintos.

3.6.2. Dimensão: Volume de emprego (A5) e volume de negócio

Cerca de 43% das empresas da amostra (incluindo estabelecimentos e grupos) eram PME, tendo entre 75 e 249 trabalhadores ao seu serviço. No seu conjunto detinham 9% do total do volume de emprego. Inversamente, as empresas de grande dimensão (GE:  $\geq 250$  trabalhadores) representavam 57% do total e empregavam 91%. Registe-se, por outro lado, o número muito restrito de empresas entre 75 e 99 trabalhadores (7%) e, no outro extremo, de empresas com 1000 ou mais (19%), detendo 1% e 65%, respectivamente, do volume total de emprego.



Aplicado o teste binomial, verifica-se que as diferenças entre GE e PME são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ), concluindo-se que a amostra e a população diferem quanto à dimensão. A proporção esperada de PME era de .63, e a proporção observada foi apenas de .43 (*Quadro III.24*).

Quadro III. 24 — Amostra de empresas, por dimensão (volume de emprego): Teste binomial

Dimensão (volume de emprego)	Nº	% observada	% esperada	p
PME (< 250)	112	43	63	< .001
GE (≥ 250)	147	57		
Total	259	1.0		

Se utilizarmos o critério do *volume de negócio*, o número de PME sobe para os 63%. As GE ( $\geq 7.5$  milhões de contos de vendas), por sua vez, empregavam dois terços do pessoal, embora só representassem 37% do total do número de respondentes. As diferenças entre a amostra e a população continuam a ser significativas, já que a proporção esperada de PME era de .83 ( $p < .001$ ). Sobrepondo o critério do *volume de negócio* ao do *volume de emprego*, o número de PME andaria pelos 38%. Por sua vez, as GE (empresas com mais de 249 trabalhadores e/ou 7.5 milhões de contos de facturação) representavam 62% do número de empresas e mais de 90% do emprego total. As diferenças entre a amostra e a população continuam a ser significativas, já que a proporção esperada de PME era de .69 ( $p < .001$ ).

Não há informação sobre o *valor acrescentado bruto* (VAB) de cada uma destas empresas, pelo que não nos é possível calcular a sua *produtividade média* (VAB por trabalhador). Em contrapartida, sabe-se que, em 1996, estas empresas ( $n=259$ ) empregavam à volta de 181 mil pessoas, ou seja, mais de 21% do total do *volume do emprego* das empresas do ficheiro da D&B (em 1995) e facturavam perto de 6 mil milhões de contos (não incluindo as sociedades financeiras).

Nas empresas do balanço social de 1996, a produtividade média era de 7964.4 contos por trabalhador, embora com grandes variações conforme o sector de actividade e a dimensão da empresa (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1998). Por extrapolação, as empresas que responderam ao inquérito por questionário ( $n=259$ ), com um volume de emprego superior a 181 mil trabalhadores, poderiam ter obtido um VAB da ordem dos 1450 milhões de contos, metade dos quais corresponderiam ao total dos custos com o pessoal. Um VAB desta grandeza era equivalente a cerca de 8.4 do PIB nominal de 1996 (c. de 17.3 mil milhões de contos) (Portugal. Ministério das Finanças, 2003).

### 3.6.3. Região

Cerca de dois terços das respostas ao inquérito por questionário postal sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* são provenientes da *Região de Lisboa e Vale do Tejo* (RLVT) ( $n=170$ ). Apenas 19% das respostas vêm de empresas da *Região Norte* (RN) enquanto na *Região Centro* (RC) têm a sua sede legal tão somente 33 empresas (12.8%). Quanto às restantes regiões

estão representadas por sete respondentes (seis do Alentejo e 1 dos Açores) (2.7%). A Região do Algarve e a Região da Madeira nem sequer estão representadas na amostra.

Em comparação com a população do ficheiro da D&B, as empresas da RLVT estão sobre-representadas nesta amostra em detrimento, nomeadamente, das empresas da RN. De facto as diferenças entre as frequências observadas e esperadas são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) (Quadro III.25).

Quadro III. 25— Teste do qui-quadrado para a distribuição por região (NUT II)

Região (NUT II)	Frequência	Observada (N)	Esperada (N)	Residual (O-E)
Lisboa e Vale do Tejo		170	125.4	44.6
Norte		49	86.5	-37.5
Centro		33	29.8	3.2
Alentejo, Algarve, Madeira e Açores		7	17.4	-10.4
Total		259	259	

$p < .001$

A região é independente da dimensão (volume de emprego e/ou de negócio). Também é independente de outras variáveis de caracterização como, por exemplo, (i) a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho; ou (ii) a integração do sistema de gestão da SH&ST. Em termos de concelhos mais representados, o de Lisboa vem à cabeça, destacadíssimo ( $n=92$ ) (35.5%), seguido por ordem decrescente dos concelhos com três ou mais respondentes: Porto ( $n=17$ ), Amadora ( $n=11$ ), Oeiras ( $n=11$ ), Loures ( $n=8$ ), Sintra ( $n=7$ ), Vila Nova de Gaia ( $n=7$ ), Maia ( $n=5$ ), Barreiro ( $n=4$ ), Cascais ( $n=4$ ), Leiria ( $n=4$ ), Setúbal ( $n=4$ ), Torres Vedras ( $n=4$ ), Abrantes ( $n=3$ ), Aveiro ( $n=3$ ), Coimbra ( $n=3$ ), Marinha Grande ( $n=3$ ), Matosinhos ( $n=3$ ), Seixal ( $n=3$ ) e Vila do Conde ( $n=3$ ), num total de 199 (76.8%).

3.6.4. Forma jurídica e controlo accionista

As sociedades comerciais, financeiras e não-financeiras, do sector privado, público ou cooperativo, constituem a quase totalidade (96.4%) da amostra. Os restantes 4.6% dizem respeito a *organismos públicos autónomos* (ou equivalentes) ( $n=12$ , dos quais 6 são autarquias). Excluindo estes últimos (que, do ponto de vista jurídico, não são empresas), verifica-se que o *controlo accionista* (Pergunta A3) é maioritariamente *privado* ( $n=150$ ). As empresas *estrangeiras* são em número de 66, enquanto apenas em 27 casos o capital é maioritária ou totalmente *público*.

Quanto à natureza jurídica das empresas societárias (96%), há uma clara predominância das *sociedades anónimas* (66% contra apenas 27% das *sociedades por quotas*). Os restantes respondentes (3%) são *cooperativas* ( $n=4$ ) e *empresas públicas* ( $n=3$ ). Por comparação com a população de referência, é de assinalar a sobre-representação, nesta amostra, das *sociedades anónimas*, em detrimento sobretudo das *sociedades por quotas*. De facto, o número de casos observados foi de 169, enquanto os esperados eram de 133. Inversamente, o número de

casos esperados, em relação às sociedades por quotas, era de 114, enquanto os casos observados não passam de 71. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) (Quadro III.26).

Quadro III.26 — Teste do qui-quadrado para a distribuição da amostra por forma jurídica

Frequência	Observada	Esperada	Residual
	(N)	(N)	(O-E)
Forma jurídica			
Sociedade Anónima	169	133.1	35.9
Sociedade por Quotas	71	113.7	-42.7
Outra	19	12.2	6.8
Total	259	259	

$p < .001$

Considerando a totalidade da amostra (empresas societárias e demais pessoas colectivas, incluindo os organismos públicos autónomos), podemos dividi-la em dois grupos em função da propriedade do capital ou do *controlo accionista* (público ou privado). No primeiro grupo ( $n=39$ ) figuram as empresas societárias de capital maioritariamente público, as empresas públicas e os organismos públicos autónomos (15.1%); no segundo grupo, estão os demais respondentes ( $n=220$ ), independentemente da sua forma jurídica e da nacionalidade do capital (84.9%).

Na sua grande maioria (67%), as *multinacionais* que responderam ao questionário são provenientes da *União Europeia*. Fora da UE, vêm à cabeça os Estados Unidos da América com 9 empresas, seguidos da Suíça com 6 e o Japão com 3 (Quadro III.27).

Quadro III.27 — Repartição do número de multinacionais por origem geográfica ( $n=66$ )

Origem geográfica	Nº	%
União Europeia	44	66.7
Estados Unidos da América	9	13.6
Suíça	6	9.1
Japão	3	4.5
Outra (a)	4	6.1
Total	66	100.0

(a) América Latina (3) e Próximo Oriente (1)

### 3.6.5. Capital social

Cerca de 13% das empresas societárias da amostra têm um capital social *inferior a 100 mil contos*. Nove delas inclusive não atingem sequer os 10 mil contos. Em contrapartida, seis estão no escalão igual ou superior a 50 milhões de contos. Em suma, 52% estão no escalão abaixo do *milhão de contos* e as restantes nos escalões acima ( $\geq 1$  milhão de contos). Na

população de referência essa proporção é de 73% e 27%, respectivamente. O montante do capital social das empresas da nossa amostra totalizava cerca de 1.7 mil milhões de contos (o equivalente a menos de 11% do PIB em 1995).

Esta variável não tem uma distribuição normal, pelo contrário é extremamente enviesada à esquerda; de qualquer modo, está muito associado à *forma jurídica* e à *dimensão da empresa*: como seria aliás de esperar, no escalão mais alto estão as GE e as Sociedades Anónimas; e no mais baixo, as PME e as Sociedades por Quotas.

As diferenças são muito significativas e a associação é moderada (*Quadros III.28 e III.29*). É de registar, no entanto, algumas *nuanças*: por ex., 38 das 65 *multinacionais* estão no escalão inferior a 1 milhão de contos de capital; metade (n=19) assume a forma jurídica de sociedade por quotas e a outra metade a forma de sociedade anónima. Mesmo assim, também aqui o capital social não é independente da forma *jurídica*. As diferenças são significativas ( $p < .01$ ) e a associação moderada ( $\phi = .41$ ).

Quadro III.28 — Capital social e dimensão da empresa (volume de emprego) (n=243)(%)

Capital social	Dimensão (volume de emprego)	PME (< 250)	GE (≥ 250)
< 1 milhão de contos		80.7	29.1
≥ 1 milhão de contos		19.3	70.9
	Total	N=109	N=134

$p < .001$

Quadro III.29 — Capital social e natureza jurídica (n=243)(%)

Capital social	Natureza jurídica	Sociedade p/ quota	Sociedade anónima
< 1 milhão de contos		88.4	37.3
≥ 1 milhão de contos		11.6	62.7
	Total	N=69	N=166

$p < .001$

### 3.6.6. Sector de actividade e volume de emprego

Se considerarmos a distribuição dos respondentes pelos três principais *sectores de actividade económica* (P.A8), verificamos que o *sector primário* é representado apenas por 2 respondentes (uma empresa agrícola e uma empresa de pescas) enquanto o *sector secundário* é constituído por mais de metade (n=147) do total (*Quadro III.30*).

Neste sector, incluem-se, de acordo com a CAE- Rev. 2, as seguintes actividades: C. Indústrias Extractivas (n=1); D. Indústrias Transformadoras (n=125); Produção e Distribuição de Electricidade, Gás e Água (E) (n=5); Construção (F) (n=16) (*Quadro III.28*, em anexo).

Quadro III. 30— Repartição do nº de empresas e volume de emprego por sector de actividade económica

Sector de actividade económica	Nº	%	Volume de emprego	%
Primário	2	0.7	357	0.2
Secundário	147	56.8	102960	56.6
Terciário	110	42.5	78496	43.2
Total	259	100.0	181813	100.0

Aplicado o teste do qui-quadrado, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os casos observados e os casos esperados, relativamente ao número de empresas que compõem a nossa amostra ( $n=259$ ), por *agrupamento de actividade económica* (9 categorias, de acordo com a CAE-Rev.2), muito embora haja três categorias com frequência esperada inferior a 5. São elas: A/B. Agricultura, Silvicultura, Caça e Pescas ( $n=2$ ); C. Indústrias Extractivas ( $n=1$ ); E. Produção e Distribuição de Electricidade, Gás e Água ( $n=5$ ) (*Quadro III. 31*, em anexo).

Recodificados os valores de modo a termos uma variável dicotómica (*Sector produtivo e sector de serviços*), e aplicado o teste binomial (Bryman e Cramer, 1983; Pestana e Gageiro, 2003), confirmaram-se estes resultados, podendo-se concluir que a população de referência ( $N=2072$ ) e a amostra ( $n=259$ ) não diferem quanto à distribuição por *sector de actividade económica* (2 categorias) ( $p > .05$ , n.s.). No conjunto dos dois sectores económicos, o sector produtivo tem uma maior proporção de volume de emprego (57%), relativamente à população de referência (49%), mas as diferenças não são significativas (*Quadro III.32*).

Quadro III.32 — Amostra de empresas, por sector económico: Teste binomial

Sector económico	Nº	Proporção observada	Proporção esperada	p
Produção	149	57	56	> 0.5 n.s.
Serviços	110	43		
Total	N=259	N=259		

Por fim, e considerando que no primeiro *mailing* foram enviados 1000 questionários às empresas do *sector produtivo* (CAE A a F) com 100 ou mais trabalhadores, e 500 às restantes (CAE G a O), com 75 ou mais trabalhadores, do *sector terciário*, verifica-se que a taxa de resposta deste sector (19%) foi, mesmo assim, superior à do primeiro (12.6%). No segundo *mailing*, a amostra ( $n=500$ ) foi obtida de maneira aleatória entre os não-respondentes ao 1º *mailing*.

No *Quadro III.33*, em anexo, apresentam-se os respondentes, desagregados por agrupamento de actividade económica (4 categorias). O destaque vai para os agrupamentos I (*Agricultura, Indústria Pesada, Indústria Química e afins, Energia, Construção*) ( $n=76$ ) e II (*Indústria Ligeira*) ( $n=73$ ). Estes sectores representam 57.5% do total. Os agrupamentos III (Comércio, Turismo e Transportes) ( $n=62$ ) seguido do IV (Outros serviços) ( $n=48$ ) representam o sector terciário. Não há diferenças entre as frequências observadas e esperadas nos quatro agrupamentos.

3.6.7. Sector exportador

Menos de metade dos respondentes pertencem ao *sector exportador*. A grande maioria das empresas com actividade exportadora pertence, por sua vez, ao *sector produtivo* (Quadro III.34). As diferenças são altamente significativas e a associação moderada ( $p < .001$ ,  $\phi = .50$ ). As diferenças são ainda mais acentuadas, por *agrupamento de actividade económica*. Foi excluído o sector primário, dado o reduzido número de casos.

Há proporcionalmente mais *multinacionais* do que empresas nacionais no sector exportador. As diferenças são estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) mas a associação é muito fraca ( $\phi < .20$ ).

Quadro III.34 — Sector exportador e sector económico (n=256) (%)

Sector económico		Produção	Serviços
Sector exportador			
Sim		69.4	18.3
Não		30.6	81.7
Total		N=147	N=109

p < .001

Quadro III.35— Amostra de empresas, por sector exportador: Teste binomial

Sector exportador	Nº	Proporção observada	Proporção esperada	p
Sim	122	48	42	< .001 (*)
Não	134	52		
Total	256	1.00		

(\*) Baseada na Aproximação Z

Há diferenças estatisticamente significativas entre a população de referência (N=2072) e a amostra (n=256), no que respeita à orientação para o mercado (interno ou externo) (Quadro III.35). A proporção de empresas pertencentes ao sector exportador é de cerca de 42% (no ficheiro da D&B). Na nossa amostra, essa proporção é significativamente maior (48%).

3.6.8. Antiguidade

Tendo em conta o ano da fundação, sabemos que mais de um terço destas empresas surgiu depois de 1973. Em contrapartida, há 11 empresas centenárias (4.4%). Do período que vai de 1898 até ao final da República (1925), são 9%; no período que atravessa a 1ª fase do Estado Novo (1926-1945) e culmina no período do pós-guerra até 1959, foram fundadas mais de ¼ das empresas; e, por fim, na década de 1960 e até 1973 constituíram-se mais 25%.

Em relação aos últimos vinte e cinco anos, é sobretudo o *período do pós-25 de Abril* de 1974 que parece estar sub-representado na nossa amostra: O número de casos observados é de 42, quando os esperados era 62. A amostra e a população de referência diferem, portanto, em relação à antiguidade (*Quadros III.36 e III.37*).

Quadro III 36 — Teste do qui-quadrado relativo à distribuição por antiguidade (período da fundação) (n=248)

Período de fundação	Casos	Observados (N)	Esperados (N)	Residual (O-E)
Até 1959		99	74.2	24.8
1960 - 1973		62	57.8	4.2
1974 - 1985		42	62.5	-20.5
≥ 1986		45	53.6	-8.6
Total		248	248	

p= .001

Quadro III. 37 — Amostra de empresas, por antiguidade (período de fundação): teste binomial

Período de fundação	N	Proporção observada	Proporção esperada	p
< 1974	160	.65	.53	< .001 (*)
≥ 1974	88	.35		
Total	248	1.0		

(\*) Baseada na Aproximação Z

Se agruparmos as empresas pelos dois *sectores económicos* (Produção e Serviços), constatamos que há diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) em relação à *antiguidade*, calculada com base no período de fundação. De facto, a proporção das empresas de serviços fundadas antes e depois de 1974 é igual (50%), reflectindo a tendência para a *terciarização* da nossa economia, já visível na estrutura do ficheiro da D&B. Em contrapartida, há muito mais empresas do sector produtivo fundadas antes de 1974 do que depois de 1974.

Em resumo, a maioria das empresas do sector terciário são jovens, tendo sido constituídas depois daquela data (50.4%), enquanto a maior parte das empresas do sector produtivo são mais antigas (61.4%).

Eliminadas as empresas centenárias, por apresentarem valores *outliers* (n=11), verifica-se que a *antiguidade média* das empresas da amostra (número de anos de vida, contados desde o ano da fundação até 1997 inclusive) é superior à da população de referência, situando-se à volta dos 34.2 anos. A distribuição não é normal, é também positivamente assimétrica, embora menos acentuadamente do que no ficheiro da D&B (*mínimo*=2; *máximo* =97; *mediana*=30.0; *quociente de enviesamento*= 4.8; *quociente de curtose*=-.41).

Aplicado o teste *t* para uma amostra (Bryman e Cramer, 1993: 164), verifica-se que a antiguidade média em anos (34) difere significativamente da média encontrada na população (29) ( $p=.001$ ).

Mais de 30 % das empresas têm 20 *anos* ou menos enquanto à volta de 25% tem *mais de 50 anos*. Cerca de metade tem até 30 anos. Acrescente-se que a proporção de empresas centenárias (4.4%) é ligeiramente superior à da população (3.2%).

Há uma correlação muita fraca ou praticamente nula entre o número de anos de vida da empresa e o montante do capital social, o volume de emprego e o volume de vendas. Muito embora nenhuma destas variáveis tenha uma distribuição normal (o que torna discutível a utilização, aqui, deste teste paramétrico), os valores de *r* sugerem que as empresas *mais jovens* (i) não são necessariamente empresas com menos capitais próprios, (ii) facturando menos ou (iii) gerando menos emprego do que as mais antigas.

É certo que se desconhece, por outro lado, o número de empresas que, independentemente da sua antiguidade, (i) foram nacionalizadas e depois reprivatizadas no pós-25 de Abril de 1974, ou que (ii) passaram, mais recentemente, por processos de fusão, reconversão ou reestruturação (*downsizing*, reengenharia, integração em grupos económicos, etc.), ou ainda que (iii) aumentaram o seu capital social, com implicações eventuais no volume de emprego e de negócios.

### 3.6.9. Cargo ou função do respondente

De acordo com a resposta à Pergunta A2, quase 90% dos respondentes representam a hierarquia da empresa (*Quadro III.38*). A análise dos resultados permite concluir que, em pelo menos 60% dos casos, terá havido delegação da resposta, por parte do gestor de topo a quem foi dirigido o questionário: (i) no director de pessoal (na maior parte dos casos); (ii) noutros directores de serviço (da área administrativa ou financeira); ou ainda (iii) no coordenador ou outro representante do serviço de SH&ST. Só um escasso número de questionários foi respondido pelo médico do trabalho ou outro profissional de SH&ST.

Quadro III.38 — N° de respondentes por cargo ou função (n=254)

Cargo ou função	Total	%
Administração / direcção	98	38.6
Direcção de pessoal / Outros	129	50.8
Medicina do trabalho / Outros	27	10.6
Total	254	100.0

### 3.6.10. As melhores e as maiores (Exame 500/97)

Nesta amostra havia 108 empresas que figuravam na lista da *Exame 500/97*, seis das quais tinham sido eleitas as *empresas do ano* nos respectivos sectores de actividade (Por razões que se prendem com a garantia de confidencialidade das respostas, não vou obviamente referir esses sectores). Se eliminarmos as sociedades financeiras e os organismos públicos



autónomos ou equivalentes (incluindo as autarquias) ( $n=22$ ), os respondentes ao questionário que constam da *Exame 500/97*, representam quase 46% do total (*Quadro III.39*). Na realidade, essa proporção ultrapassava os 90%, já que o número de empresas elegíveis, pelo volume de negócio (superior a 5 milhões de contos) e pelo sector de actividade (empresas societárias não financeiras), não ultrapassava as 116.

Quadro III.39— Repartição do nº de empresas por inclusão na lista da Exame 500/97 ( $n=237$ )

Inclusão na lista da Exame 500/97	Nº	%
Sim	108	45.6
Não	129	54.4
Total	237	100.0

Os respondentes cujas empresas foram eleitas como as melhores e as maiores do ano (*Exame 500/97*) eram, na sua grande maioria (75%), da *Região de Lisboa e Vale do Tejo*. Há diferenças estatisticamente significativas ( $p=.001$ ) na distribuição das empresas por região (RLVT e resto do país), se bem que a associação entre as duas variáveis seja fraca ( $V$  de Cramer  $<.30$ ). Outras características que distinguiram estas empresas: por exemplo, (i) 93% já constavam da lista anterior (*Exame 500/96*); (ii) 90% eram GE (pelo volume de emprego e/ou volume de negócio); (iii) cerca de dois terços pertenciam ao sector produtivo; (iv) um terço eram multinacionais, etc.

A inclusão na lista da *Exame 500/97* está claramente associada à dimensão da empresa (volume de emprego e/ou volume de negócio). As diferenças entre as PME e as GE são muito significativas ( $p<.001$ ) e a associação é negativamente moderada ( $\phi=-.56$ ). O montante do *capital social* também estava relacionado com a inclusão na lista da *Exame 500/97*. De facto, há maior probabilidade de se ser seleccionado quando o escalão do capital social é igual ou superior a 1 milhões de contos. As diferenças são muito significativas ( $p=.000$ ) e a associação negativamente moderada ( $\phi=-.46$ ): O mesmo se passa com a *certificação da qualidade* ( $p<.05$ ) e o *controlo accionista* ( $p<.01$ ), mas em ambos os casos a associação é muito fraca ( $\phi<.20$ ). Já o sector económico e a nacionalidade do capital são independentes em relação à inclusão ou não na lista da *Exame 500/97*.

Um terço das empresas que responderam ao questionário e que estavam listadas na *Exame 500/97* estavam no *ranking* das 100 melhores e maiores. Em contrapartida, só 12% pertenciam ao último escalão (das 400 a 500) (*Quadro III.40*).

Quadro III.40— Repartição do nº de empresas respondentes, listadas na Exames 500/97, por ranking ( $n=108$ )

Ranking na lista da Exame 500/97	Nº	%
1-100	36	33.3
101-200	23	21.3
201-300	21	19.4
301-400	15	13.9
401-500	13	12.0
Total	108	100.0



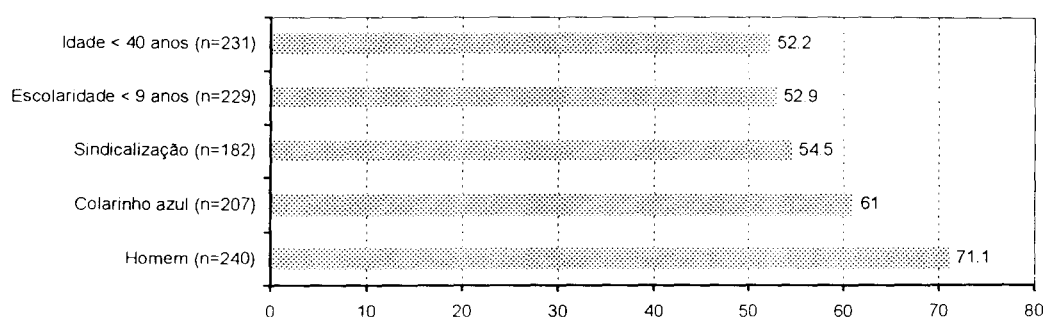
## Capítulo IV – Apresentação dos resultados

### 4.1. Sociodemografia (A7)

Nenhuma das variáveis de caracterização sociodemográfica, listadas na pergunta A7, tem uma distribuição normal, o que vem limitar a utilização das medidas da tendência central. Refiro-me mais concretamente à percentagem de trabalhadores que, no final de 1996: (i) eram homens (70%); (ii) eram *colarinhos azuis* (ou trabalhadores manuais) (61%); (iii) tinham uma escolaridade inferior a 9 anos (53%); (iv) pertenciam ao grupo etário com menos de 40 anos (52%); e, por fim, (v) estavam sindicalizados (54%).

Deverá acrescentar-se que estas proporções foram obtidas excluindo os casos omissos, os quais variavam entre os 7% (género) e os 30% (taxa de sindicalização) (Figura A7.1).

Figura A7.1 - Caracterização sociodemográfica do pessoal ao serviço no final de 1996 (n=259) (%)



Não há diferenças entre respondentes (n=182) e não-respondentes (n=77) relativamente à pergunta sobre sindicalização, nomeadamente em termos de caracterização sociodemográfica das empresas (v.g., agrupamento de actividade, volume de emprego, região, nacionalidade do capital, período de fundação) mas também em função de características técnico-organizacionais como a certificação da qualidade, a modalidade de serviços de SH&ST ou o grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. A única diferença encontrada diz respeito ao cargo ou função do respondente: as empresas que não responderam ou não souberam responder à pergunta em causa, tendiam a ser aquelas em que a pessoa que respondeu ao questionário era um elemento do *staff* (serviços funcionais) e não do *line* (hierarquia) ( $p < .01$ ).

Com referência ao *género*, há que assinalar a circunstância de apenas 23% das empresas terem uma população trabalhadora maioritariamente feminina, sendo essas empresas sobretudo do sector produtivo (n=30), com destaque para a *Indústria transformadora ligeira* (n=25) e, sobretudo, para ramos de actividade como os *Têxteis, vestuário e couro* (n=11), a *Alimentação, bebidas e tabaco* (n=5) ou o *Equipamento eléctrico e de precisão* (n=5). As empresas do sector terciário com mão de obra maioritariamente feminina (n=24) eram sobretudo as do Comércio e Turismo (CAE G e H) (n=8) e as das Actividades financeiras, actividades imobiliárias e serviços prestados às empresas (CAE J e K) (n=11). As diferenças por género

e agrupamento da actividade económica (4 categorias) são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ).

Nas empresas maioritariamente constituídas por *colarinhos azuis*, não há diferenças por género. Em contrapartida no sector produtivo a proporção de pessoal com *escolaridade igual ou superior a 9 anos* era significativamente inferior ao sector de serviços ( $p < .01$ ), embora a associação fosse fraca ( $V \text{ de Cramer} < .30$ ).

Tratava-se, além disso, de uma mão-de-obra que tendia a envelhecer: cerca de 45% dos respondentes empregavam mais de 50% de trabalhadores com *40 anos ou mais anos de idade*. No entanto, o grupo etário não variava em função do agrupamento de actividade económica (4 categorias).

Quanto à taxa de sindicalização ( $n=182$ ) é de referir que em 29 empresas era igual a zero. Nenhuma delas, aliás, mencionou a existência de (i) delegado ou comissão sindical ou de (ii) comissão de trabalhadores (Pergunta B6). Se se considerar estes casos como válidos, a proporção de trabalhadores sindicalizados por empresa não chegaria aos 38%. Como não responderam 77 (incluindo as que responderam não saber), restam 153 empresas com pessoal sindicalizado, o que representa apenas 59% da amostra. Estas empresas empregavam à volta de 118 mil trabalhadores, dos quais mais de metade (54.5%) seriam sindicalizados.

De qualquer modo, a sindicalização era muito variável, nomeadamente em função do (i) sector de actividade e da (ii) dimensão da empresa ( $n=182$ ). Não havia *outliers*, mas a distribuição não era normal, sendo assimétrica positiva e platicúrtica. A mediana (35.0) estava a três pontos da média (37.9) ( $d.p.=32.1$ ) mas dentro do intervalo de confiança para a média a 95% (33.2 - 42.6).

Os valores constantes do *Quadro A7.1* (em anexo) devem, por isso, ser vistos como meramente indicativos ou tendenciais. A taxa de sindicalização mais baixa registava-se no agrupamento 5 (*Construção*) (19%) e a mais alta no agrupamento 7 (*Transportes, armazenagem e comunicações*) (84%).

A taxa de sindicalização também era mais alta nas empresas: (i) de maior dimensão ( $n=104$ ) (45.6%) do que nas PME ( $n=78$ ) (27.7%) ( $p < .001$ ); (ii) de controlo accionista público ou cooperativo ( $n=31$ ) (60.8%) quando comparadas com as de controlo accionista privado ( $n=150$ ) (33.2%) ( $p < .001$ ); (iii) de mão-de-obra maioritariamente masculina ( $p < .01$ ); (iv) com pessoal menos escolarizado ( $p < .05$ ); e, por fim, (v) do sector produtivo ( $p < .05$ ). Há uma correlação positiva moderada entre a sindicalização e a proporção de trabalhadores com 40 ou mais anos de idade ( $r=.53$ ;  $p < .001$ ).

Para efeitos de análise de regressão logística múltipla, dicotomizou-se esta variável. A empresa com sindicalização elevada será aquela que tem *30% ou mais de trabalhadores sindicalizados* ( $n=100$ ). Esta variável está associada ao controlo accionista e à idade: as empresas com taxas mais altas de sindicalização tendem a ser as de (i) controlo accionista público e cooperativo ( $p < .001$ ); e as que (ii) empregam trabalhadores com 40 ou mais anos de idade ( $p < .001$ ).

Acrescente-se que não há diferenças na taxa média de sindicalização quando se comparam as empresas da Região de Lisboa e Vale do Tejo (n=118) (39%) com as do resto do país (n=64) (36%).

## 4.2. Características técnicas e organizacionais

### 4.2.1. Grau de modernização tecnológica (A10)

Numa escala de 0 a 1, o índice médio de modernização tecnológica é 0.69 ( $d.p.=.18$ ). As respostas à pergunta A10 (n=256) mostram que a distribuição dos valores é negativamente assimétrica, não sendo normal ( $p < .001$ ). Há dois *outliers* moderados.

De acordo com a percepção dos respondentes, a modernização tecnológica pode ser considerada como *alta* ( $\geq 0.69$ ) para cerca de 71% dos respondentes e *baixa* ( $< 0.69$ ) para os restantes 29%.

O nível de modernização tecnológica não difere por agrupamento de actividade económica: o valor mais alto (0.72) corresponde à indústria transformadora ligeira (n=72). Também não parece estar associado à dimensão (volume de emprego e/ou volume de negócio), à exportação, à certificação da qualidade, ao controlo accionista, à antiguidade ou à região (Nut II). É contudo maior nas multinacionais (n=66) (0.73) quando comparadas com as empresas nacionais (n=191) (0.68) ( $p < .05$ ). Varia também em função do tipo de investimentos feitos nos componentes materiais do trabalho (Pergunta A 9) bem como da qualificação do posto de trabalho mais característico da área de produção (Pergunta A 11).

### 4.2.2. Investimentos nos componentes materiais de trabalho (A9)

A quase totalidade (97%) da amostra fez investimentos, nos últimos cinco anteriores à resposta ao questionário, a nível de *produtos, processos, instalações e equipamentos*. Esses investimentos visaram fundamentalmente (i) a *expansão* (56%); (ii) a *melhoria das condições de trabalho* (53%); e (iii) a *racionalização* (50%). Em contrapartida, apenas uma em cada cinco das empresas respondentes visou explicitamente (iv) a *melhoria das condições de SH&ST* (Quadro A9.1).

Quadro A9.1 – Objectivo dos investimentos nos componentes materiais do trabalho, feitos nos últimos cinco anos, e correspondente índice de modernização tecnológica (n=259) (%)

Objectivo do investimento nas componentes materiais do trabalho	Nº	%	Índice de modernização tecnológica	p
Expansão (a)	145	56.0	72	< .05
Melhoria das condições de trabalho, em geral (b)	138	53.3	71	n.s.
Racionalização (c)	130	50.2	70	n.s.
Substituição (d)	70	27.0	70	n.s.
Melhoria das condições de SH&ST, em particular (e)	54	20.8	70	n.s.
Melhoria das condições de trabalho (f) (=b + e)	156	60.2	70	n.s.
Modernização: Perfil 1 (a + f)	79	30.5	74	< .01
Modernização: Perfil 2 (c, e/ou d + f)	96	37.1	71	n.s.

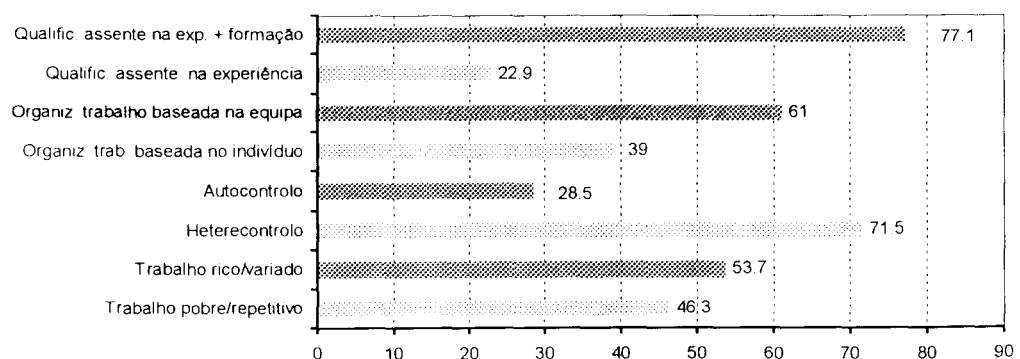
Uma vez que a pergunta A9 admitia mais do que uma resposta, pode-se dizer que há aqui diferentes perfis de modernização. Por exemplo, das empresas que investiram na *expansão* (n=145), apenas pouco mais de metade (n=79) procurou também obter a *melhoria das condições de trabalho*, em geral, e das *condições de SH&ST*, em particular (*Perfil 1*). Ligeiramente maior é a proporção das que, tendo feito investimentos com um objectivo de *racionalização* e/ou de *substituição* (n=166), tiveram igualmente a preocupação em melhorar a situação de trabalho dos seus colaboradores (n=96) (*Perfil 2*).

As empresas com um perfil de modernização de tipo 1 (n=79) são, em princípio, tecnologicamente mais evoluídas: o índice de modernização do seu sistema técnico é de 0.74 contra 0.67 para as demais empresas (n=178) ( $p < .01$ ). Esta variável é, contudo, independente da inclusão na lista da *Exame 500/97*, da nacionalidade do capital, da dimensão (volume de emprego e/ou volume de negócio), do sector de actividade, da exportação e, *last but the least*, da certificação da qualidade.

### 4.2.3. Qualificação dos postos de trabalho

Uma vez eliminadas as respostas incompletas à pergunta A11, há apenas 13 casos omissos, correspondentes à situação N/A (Não aplicável) ou N/R (Não responde). Cerca de 46% dos postos de trabalho mais característicos da área de produção teriam (i) um conteúdo *pobre e repetitivo*; e (ii) mais de 70% estariam sujeitos a um *controlo pela supervisão* (ou heterocontrolo). Em (iii) perto de 40% dos casos, é ainda o *indivíduo* que constitui o princípio em que se baseia a atribuição de tarefas; por fim, (iv) apenas numa minoria de empresas (23%) a base da qualificação ainda assente exclusivamente na *experiência* do operador (*Figura A11.1*).

Figura A11.1 — Repartição do número de empresas em função da natureza do posto de trabalho mais característico da área de produção (n=246) (%)



O conteúdo de trabalho *pobre e repetitivo* é típico da maior parte das empresas incluídas no sector produtivo, com destaque para as das *indústrias transformadoras ligeiras* ( $p = .001$ ). No sector terciário, o conteúdo do trabalho tende a ser considerado sobretudo como *rico e variado*.

Quanto à *autonomia*, a característica dominante é o controlo pela supervisão (ou *heterocontrolo*), com poucas excepções. Em contrapartida, e no que respeita ao *princípio da atribuição das tarefas*, a característica dominante em quase todos as actividades seria a *equipa*. Finalmente, e qualquer que seja o sector de actividade, a *qualificação do posto de trabalho* requer *experiência e formação específica*. Em qualquer dos três casos, não há diferenças estatisticamente significativas por agrupamento de actividade económica (4 categorias).

Além disso, estes atributos do posto de trabalho tendem a estar relacionados entre si: por ex., há diferenças estatisticamente muito significativas entre as frequências observadas e as esperadas no que diz respeito ao *conteúdo do trabalho* e a *base da qualificação* ( $p < .001$ ) ou entre esta e a *autonomia* ( $p < .001$ ). Assim, o *trabalho rico e variado* está associado à *experiência + formação* e ao *autocontrolo*. Além disso, o conteúdo do trabalho não é independente do princípio da atribuição de tarefas: o *trabalho em equipa* tende a ser mais rico e variado do que o trabalho individual ( $p < .001$ ). O conteúdo do trabalho e a autonomia também estão relacionados ( $p < .05$ ), embora a associação seja muito fraca.

Numa escala de 0 a 1, o índice médio ponderado de qualificação é de 0.48 (*mediana*=.50; *d.p.*=.32). Não há *outliers*, mas a distribuição não é normal ( $p < .001$ ). Não há diferenças na média deste índice por sector de actividade económica. Em contrapartida, esse índice é significativamente maior nas multinacionais (0.57) ( $n=63$ ) do que nas restantes empresas (0.45) ( $n=183$ ) ( $p < .05$ ).

#### 4.2.4. Modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho

Há uma correlação entre o índice de modernização tecnológica e o índice ponderado de qualificação, significativa a nível de  $p < .01$ , mas que não chega a ser moderada ( $r < .40$ ). Conjugando o índice de modernização tecnológica e o índice de qualificação, obteve-se um *índice ponderado de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho* ( $n=245$ ): *média*=.55; *d.p.*=.24 (Limites do intervalo de confiança a 95% para a média: .52 e .58). Não há *outliers*, mas a distribuição não é normal ( $p < .001$ ). Para efeitos de análise de regressão múltipla logística, esta variável foi dicotomizada, com base na mediana (= .58).

Em 58.8% das empresas, as formas de organização do trabalho ainda tendem a ser fortemente *taylorizadas* (v.g., trabalho pobre e repetido, heterocontrolo, posto de trabalho individualizado, fraca qualificação). As restantes empresas (41.2%) tendem a conjugar a modernização tecnológica com a adopção de *novas formas de organização do trabalho* (v.g., trabalho com conteúdo rico e variado, baseado na equipa, exigindo autocontrolo e maior qualificação profissional).

O índice de modernização do sistema de trabalho é independente do agrupamento de actividade (*Quadro A10.1*), embora tenda a ser mais baixo nas empresas da indústria transformadora ligeira ( $n=71$ ) onde é maior a percentagem de (i) mulheres (40%) ( $p < .001$ ) e de (ii) pessoal com escolaridade inferior a 9 anos ( $p < .01$ ).

Aquele índice é significativamente maior nas multinacionais ( $n=63$ ) (.57) do que nas restantes empresas ( $n=182$ ) (.36) ( $p < .01$ ). No sector produtivo, e em particular na indústria transformadora ligeira ( $n=72$ ), as diferenças entre empresas nacionais ( $n=49$ ) e multinacionais ( $n=23$ ) estão próximas do nível de significância de  $p < .05$  (*Quadro A10.2*).

O índice de modernização do sistema de trabalho está também relacionado com o perfil de modernização de tipo 1 (investimentos com o objectivo de expansão e melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular) ( $p < .05$ ).

Quadro A10.1 – Indicadores de modernização nas empresas do sector produtivo ( $n=148$ )

Índice (a)	Indústria pesada. Energia. Construção ( $n=76$ )	Indústria transformadora ligeira ( $n=72$ )	p
Índice de modernização tecnológica	.68 (.20)	.72 (.16)	n.s.
Índice ponderado de qualificação	.50 (.33)	.42 (.33)	n.s.
Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho	.56 (.25)	.52 (.24)	n.s.

(a) Média (e desvio-padrão)

Quadro A10.2 – Indicadores de modernização nas empresas do sector produtivo, por agrupamento de actividade e nacionalidade do capital ( $n=148$ )

Índice (a)	Indústria pesada. Energia Construção ( $n=76$ )		p	Indústria transformadora ligeira ( $n=72$ )		p
	Nac. ( $n=55$ )	Mult. ( $n=21$ )		Nac. ( $n=49$ )	Mult. ( $n=23$ )	
Índice de modernização tecnológica	.65 (.20)	.74 (.20)	n.s.	.70 (.18)	.75 (.11)	n.s.
Índice ponderado de qualificação	.46 (.30)	.58 (.38)	n.s.	.37 (.31)	.52 (.33)	.05
Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho	.53 (.23)	.63 (.30)	n.s.	.48 (.23)	.59 (.24)	.07

(a) Média (e desvio-padrão)

#### 4.2.5. Gestão e certificação da qualidade

Três em cada quatro respondentes declararam ter um sistema de gestão da qualidade, *certificado* (reconhecido pelo Sistema Português de Certificação) (41%) ou *não certificado* (34%).

As empresas certificadas eram predominantemente as do sector produtivo ( $p < .001$ ;  $\phi^2=.39$ ). A certificação da qualidade estava igualmente relacionada com o sector *exportador* ( $p < .001$ ). Mesmo assim, 40% das empresas orientadas para o mercado externo, ainda não estavam certificadas na época. A certificação também era mais provável nas GE ( $\geq 250$  trabalhadores) do que nas PME ( $< 250$ ) ( $p < .001$ ).



A certificação é independente da (i) *modernização do sistema técnico e organizacional* de trabalho. É também independente dos (ii) *investimentos* visando a melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular.

#### 4.2.6. Análise estratégica

Pouco mais de metade da amostra (53%) conseguiu responder, de maneira completa, à pergunta relativa à análise estratégica de tipo SWOT (pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças), aplicada à situação das empresas do mesmo ramo de actividade (pergunta A12). Mais de dois terços souberam indicar um ponto forte e uma ameaça. Em contrapartida, só 62% indicou um ponto fraco e/ou uma oportunidade (*Quadro A12.1*, em anexo). Não há diferenças entre empresas com resposta completa à pergunta A12 (n=132) e empresas que não responderam no todo ou em parte (n=113), em função do índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. Há diferenças, a nível de  $p = .001$ , entre respondentes (n=137) e não-respondentes (n=122), quando se compara o índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST. Os primeiros têm um índice (.68) superior ao aos segundos (.60).

Devido ao (i) elevado número de casos omissos (no todo ou em parte), bem como à (ii) diversidade e complexidade das respostas, optei por não apresentar, neste relatório, a síntese dos resultados da respectiva análise de conteúdo, desagregada por sector de actividade. Acrescentarei apenas que as duas palavras mais referidas pelos respondentes à pergunta A12 foram “mercado” (n=114) e “concorrência” (n=129); em geral, a primeira é associada a *oportunidade* e a segunda a *ameaça*.

Também não há diferenças entre respondentes e não-respondentes por cargo ou função, dimensão, sector económico, lista da *Exame 500/97*, nacionalidade do capital, período de fundação, certificação da qualidade ou região (RLVT e resto do país).

### 4.3. Sistema de gestão da SH&ST

#### 4.3.1. Modalidade de serviço de SH&ST

Cerca de 95% dos respondentes já tinham Serviços de SH&ST à data da resposta ao inquérito por questionário. Apenas 12 empresas, empregando pouco mais de 2 mil trabalhadores, declararam não ter (ou não ter ainda) serviços de SH&ST. A *taxa de cobertura* da população trabalhadora inquirida (n=181 813) seria, portanto, da ordem dos 99%.

Mais de metade das empresas (55%) adoptara, entretanto, a modalidade do *serviço interno*, enquanto mais de 31% recorria a *serviços externos*. Pouco mais de 8% tinha organizado os serviços de SH&ST de maneira separada, (i) recorrendo a serviços externos de saúde/medicina do trabalho e (ii) mantendo um serviço interno na área da segurança e higiene do trabalho. O *serviço interempresas* também era uma modalidade pouco frequente (menos de 6% das respostas) (*Quadro B1.1*).

Dicotomizando esta variável (serviços *internos* e serviços *externos* ou equiparados), verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre as empresas em relação à modalidade

dos serviços de SH&ST, em função de certas características, quer sociodemográficas, quer técnico-organizacionais ( $p < .001$ ). A associação é contudo fraca ( $\phi < .30$ ): (i) as PME (até 249 trabalhadores e/ou menos de 7.5 milhões de contos de vendas) tendiam a adoptar a modalidade do *serviço externo*, e as GE ( $\geq 250$  trabalhadores e/ou  $\geq 7.5$  milhões de contos de vendas) a do *serviço interno* (*Quadro B1.2*); (ii) as empresas do sector produtivo tendiam a adoptar o *serviço interno*, e as empresas do terciário o *serviço externo*; por fim, dentro do sector produtivo, havia (iii) proporcionalmente mais empresas das indústrias transformadoras ligeiras (Agrupamento II) com serviços internos do que nas restantes (*Quadro B1.3*, em anexo).

Outros critérios como, por exemplo, o controlo accionista, a nacionalidade, a antiguidade, a região (NUT II), a certificação da qualidade ou a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho não estão associados à modalidade adoptada de serviço de SH&ST.

Quadro B1. 1 — Modalidade adoptada em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST (n=247)

Modalidade de Serviço de SH&ST	N.º	%
Serviço interno	136	55.0
Serviço externo	77	31.2
Serviço misto (a)	20	8.1
Serviço interempresas	14	5.7
Total	247	100.0

(a) Serviço externo de Saúde/Medicina do Trabalho + Serviço interno de Higiene e Segurança no Trabalho

Quadro B1. 2 — Modalidade adoptada de Serviço de SH&ST, por dimensão (volume de emprego) (n=247) (%)

Dimensão (volume de emprego)	GE ( $\geq 250$ )	PME ( $< 250$ )
Modalidade de serviço de SH&ST		
Serviço interno	65.3	40.8
Serviço externo	34.7	59.2
Total	N=144	N=103

$p < .001$

Também não há diferenças estatisticamente significativas quanto à modalidade de serviço de SH&ST entre as *empresas com mais de 800 trabalhadores* e as restantes. Num total de 57 empresas com mais de 800 trabalhadores, 35 tinham optado pelos *serviços internos* e 22 pelo *serviço externo de saúde/medicina do trabalho*. Neste último grupo estão inclusive as três maiores empresas que responderam ao questionário (na altura com 4800, 15700 e 16300 trabalhadores, respectivamente), e que por sinal eram de controlo accionista público.

O perfil típico da empresa que declarou *não ter Serviços de SH&ST* é o seguinte: (i) é uma PME (n=9); (ii) está localizada na Região de Lisboa e Vale do Tejo (n=9); (iii) foi fundada depois de 1973 (n=7); (iv) pertence ao sector terciário (n=10); (v) não é multinacional (n=11); (vi) não tem certificação de qualidade (n=11); e, por fim, (vii) não refere a existência de estruturas de representação dos trabalhadores (n=11).

### 4.3.2. Recursos humanos em SH&ST

A partir das respostas a diversas perguntas do questionário (por ex., C1B e D2), pode-se ter uma ideia, senão rigorosa, pelo menos aproximada, da existência de outros profissionais de SH&ST, para além do (i) *médico do trabalho* e do (ii) *técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho* (abreviadamente, S&HT).

#### 4.3.2.1. Médicos do trabalho e técnicos ou especialistas de S&HT

Das 247 empresas com serviços de SH&ST, 98% pelo menos dispunham de um ou mais médicos do trabalho (*Quadro B1.4*). Em quatro casos, não era óbvia a existência de médico do trabalho, apesar das empresas declararem ter *serviços externos* de SH&ST; na realidade, estas empresas não responderam às perguntas C1B e D2, pelo que não se sabia, por exemplo, se (i) realizavam *exames periódicos de medicina do trabalho* (pergunta C1B) ou se (ii) o médico do trabalho tinha um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST (pergunta D2).

Quadro B1. 4 — Repartição do nº de empresas que dispõem de serviços e de profissionais de SH&ST (n=247)

Profissional de SH&ST	Nº	%
Médico do trabalho	243	98.4
Médico de clínica geral	143	55.2
Técnico ou especialista de S&HT (a)	120	46.3
Enfermeiro	104	40.2
Outras especialidades médicas	45	17.4
Outros profissionais de saúde (b)	30	11.6

(a) Há 50 casos omissos (não respostas à pergunta D2); outros 70 declararam expressamente que não tinham técnico ou especialista de S&HT

(b) Por ex., psicólogo clínico, fisioterapeuta, assistente social ocupacional

Desconhecia-se, por outro lado, a proporção de tempo (número de horas semanais) que era dedicada pelo(s) médico(s) do trabalho em cada uma das empresas ou estabelecimentos. O número de locais de trabalho representados na amostra, em que legalmente deveria haver, em princípio, mais do que um médico do trabalho, era apenas de 14. Desses, onze eram do *sector produtivo*, empregando 1500 ou mais trabalhadores cada um, com destaque para as indústrias transformadoras (n=9). Os restantes, com 3000 ou mais trabalhadores, pertenciam ao *sector terciário*.

Nas 247 empresas com serviços de SH&ST havia pelo menos 181 (73%) em que os médicos do trabalho tinham um papel minimamente activo no processo de concepção, planeamento, implementação e avaliação das políticas, programas e actividades (pergunta D2), não se limitando à simples realização dos exames de saúde (de admissão, periódicos e/ou ocasionais) a que se refere o art. 19º do D.L. nº 26/94, na redacção dada pelo D.L. nº 109/2000, de 30 de Junho de 2000. Nos restantes casos (n=66) não foi explicitado o envolvimento do médico do trabalho (pergunta D2).

Em contrapartida, apenas 43% destas 247 empresas teriam um ou mais *técnicos e/ou especialistas de S&HT*. É de todo provável que o número destes últimos esteja sub-representado, dado o relativamente elevado número de não-respondentes ( $n=50$ ) à única pergunta do questionário (D2) em que havia uma referência explícita à figura deste profissional e ao seu papel activo no processo de planeamento e implementação de actividades de SH&ST. De qualquer modo, houve pelo menos 70 respondentes que referiram explicitamente não ter técnico e/ou especialista de S&HT.

A existência de *técnicos e/ou especialistas de S&HT* está associada ao agrupamento de actividade económica. De facto, este tipo de profissionais é muito mais provável existir nas empresas dos sectores primário e secundário do que nas restantes. As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) embora a associação não chegue a ser moderada ( $V$  de Cramer  $< .40$ ). Também parece estar relacionada com a existência da *Comissão de SH&ST*. De facto, as diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação moderada ( $\phi$   $< .40$ ).

#### 4.3.2.2. Médico de clínica geral, enfermeiro do trabalho e outros profissionais

Pelo menos em 58% das empresas com serviços de SH&ST, haverá *consultas regulares de clínica geral* (Quadro B1.4), como parte das políticas, programas e actividades agrupadas sob a designação *Avaliação de saúde/Vigilância de saúde/Prestação de cuidados de saúde* (Pergunta C1B). A existência de *médico de clínica geral* ( $n=143$ ) era muito mais provável nas empresas com *serviços internos* do que nas empresas que adoptaram outra modalidade (Quadro B1.5).

Quadro B1.5 — Médico de clínica geral e modalidade de serviço de SH&ST ( $n=247$ ) (%)

Modalidade de serviço de SH&ST	Interno	Externo
Médico de clínica geral		
Sim	68.4	45.0
Não	31.6	55.0
Total	N=136	N=111

$p < .001$

Por outro lado, a existência de médicos de clínica geral será também mais provável naquelas empresas onde existem *médicos do trabalho* com um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST. Ou seja, o médico de clínica geral tende a estar integrado numa equipa de saúde ocupacional. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ), embora o valor de  $\phi$  ( $< .30$ ) sugira uma associação fraca entre estas duas variáveis. A existência de médico de clínica geral parece ser independente da (i) *dimensão* da empresa, da (ii) *nacionalidade* ou do (iii) *controlo accionista*, entre outras variáveis.

Por sua vez, o *apoio de pessoal de enfermagem* (pergunta C1B) existe, pelo menos, em 42% das empresas que declaram ter serviços de SH&ST (Quadro B1.4). Não é possível, porém, saber quantos *enfermeiros do trabalho* estão a exercer funções específicas nessas empresas.

Tal como em relação à clínica geral, a existência de *cuidados de enfermagem* é muito mais provável nas empresas com *serviços internos* do que nas empresas que adoptaram outra

modalidade (*Quadro B1.6*) A enfermagem está sobretudo associada à dimensão da empresa, medida pelo volume de emprego. As diferenças entre GE e PME são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação é moderada ( $\phi = .49$ ) (*Quadro B1.7*). O teste  $t$  para duas amostras independentes também aponta no mesmo sentido: o número médio de trabalhadores nas empresas com ou sem enfermagem difere muito significativamente ( $p < .001$ ).

Há igualmente diferenças por *sector de actividade económica*: a existência de pessoal de enfermagem é mais provável no *sector produtivo* do que no *sector terciário* ( $p < .001$ ) e, dentro do sector produtivo, nos agrupamentos 2, 3 e 4, a que pertencem 73 das 104 empresas em que se prestam cuidados de enfermagem. Além disso, a figura do enfermeiro parece também estar associada à do *médico de clínica geral* ( $p < .001$ ) e ser independente da figura do *médico do trabalho*.

Quadro B1.6—Pessoal de enfermagem e modalidade de serviço de SH&ST (n=247) (%)

Modalidade de serviço de SH&ST	Interno	Externo
Pessoal de enfermagem		
Sim	55.1	26.1
Não	44.9	73.9
Total	N=136	N=111

$p < .001$

Quadro B1.7 —Pessoal de enfermagem e dimensão da empresa (volume de emprego) (n=247) (%)

Dimensão (volume de emprego)	GE	PME
Pessoal de enfermagem	( $\geq 250$ )	(< 250)
Sim	62.2	13.6
Não	37.8	86.4
Total	N=144	N=103

$p < .001$

Relativamente à existência de *outras especialidades médicas* e *outros profissionais de saúde* (por ex., psicólogo, fisioterapeuta ou técnico superior de serviço social ocupacional), não há diferenças estatisticamente significativas entre as empresas com serviços internos ou outra modalidade. O número de empresas que contam com o apoio de “outros profissionais de saúde” ou mantêm “consultas regulares de outras especialidades médicas” (para além da clínica geral e da medicina do trabalho) é, de resto, diminuto: 12% e 18%, respectivamente (*Quadro B1.4*).

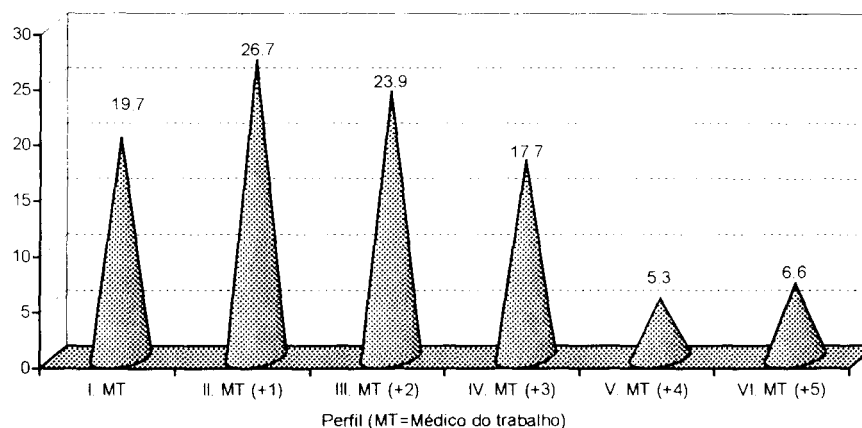
No que diz respeito ao *consultor externo* (uma figura um tanto ambígua, já que pode ser um médico do trabalho, um especialista de segurança e higiene do trabalho, um ergonomista, um psicólogo, um sociólogo ou um outro *expert*), verifica-se que este tipo de profissionais é apenas referido por 15% das empresas (n=39) com serviços de SH&ST. Há, contudo, um elevado número de empresas ou estabelecimentos (n=84) que não responderam (N/R) à pergunta D2, no todo ou em parte. Em contrapartida, 124 respondentes mencionaram explicitamente que não recorrem (ou não recorreram) aos serviços de qualquer consultor externo com competências no domínio da saúde no trabalho.

#### 4.3.2.3 Equipa de saúde ocupacional

Antecipando-me à apresentação das respostas à pergunta D2, posso desde já adiantar que apenas 23% dos respondentes referiram (i) a existência de *equipa de saúde*, com (ii) um *papel minimamente activo* no planeamento e execução das políticas, programas e actividades de saúde (Pergunta D2). Na realidade, são poucas as empresas inquiridas que apresentam um perfil de tipo VI (n=16) ou de tipo V (n=13), ou seja, que recorrem a um leque relativamente variado de especialidades e profissões no campo do saúde no trabalho, indiciando a existência de equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais. No total das empresas que declararam ter serviços de SH&ST (n=247), os perfis de tipo V e VI representam menos de 12% (*Quadro B1.8*, em anexo).

Mais frequente é o perfil de tipo IV (n=43), com destaque para o perfil de tipo IVa (n=27), correspondente às quatro figuras-chaves que podemos encontrar sobretudo nas empresas ou estabelecimentos industriais de maior dimensão, com serviços internos de SH&ST: refiro-me ao *médico do trabalho* (MT), ao *técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho* (S&HT), ao *médico de família e clínica geral* (MFCG) e ao *enfermeiro* (ENF) (*Figura B1.1*).

Figura B1.1 — Distribuição dos perfis de equipas de saúde (n=243)(%)



Nas empresas de menor dimensão, muitas vezes a equipa de saúde está reduzida a três elementos: médico do trabalho, médico de clínica geral e enfermeiro (*Perfil de tipo IIIa*) ou médico do trabalho, médico de clínica geral e técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho (*Perfil de tipo IIIb*), conforme o sector de actividade. Em todo o caso, 47% das empresas apresenta um perfil de tipo II (n=65) ou de tipo I (n=48). Este último é o que corresponde apenas à existência da *medicina do trabalho*. Esta situação é mais frequente nos *serviços externos* (n=33) do que nos *serviços internos* (n=15).

Se se agregar os vários perfis das equipas de saúde em 4 categorias básicas — perfil I, II, III e IV, correspondendo este último às situações em que se verifica a existência de quatro ou mais especialidades ou profissões diferentes—, constata-se que há diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) na composição das equipas de saúde, em

função da modalidade de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (internos ou externos), embora a associação seja fraca ( $V$  de Cramer  $< .30$ ) (Quadro B1.9).

A prevalência de perfis de equipas de saúde está também associada ao *agrupamento de actividade económica* (4 categorias) e, consequentemente, ao *sector económico* (produção e serviços): (i) nos agrupamentos I e II (*indústrias transformadoras e demais sectores produtivos*) há uma clara tendência para a predominância dos perfis III (MT + 2) e IV (MT + 3, 4 ou 5); (ii) pelo contrário, nos agrupamentos III (*Comércio, turismo e transportes*) e IV (*Outros serviços*), são os perfis I (MT) e II (MT + 1) que são dominantes.

Quadro B1.9 — Tipologia do perfil da equipa de saúde e modalidade de serviço de SH&ST (n=243) (%)

Modalidade de serviço de SH&ST	Interno	Externo
Tipologia do perfil da equipa de saúde		
I (MT)	11.0	30.8
II (MT+1)	24.3	29.9
III (MT+2)	26.5	20.6
IV (MT+ 3, 4 ou 5)	38.2	18.7
Total	N=136	N=107

Observações: MT=Medicina do Trabalho

p < .001

#### 4.3.3. Atitude face às condições de SH&ST (B9.1)

Cerca de 30% das empresas mostrariam uma atitude *proactiva* no domínio das condições de SH&ST e da sua melhoria, ou seja, orientada para os problemas concretos e para a sua solução (Pergunta B9.1): 17% assumiam-se claramente *como um exemplo* (I) e os restantes 13% reconheciam que tinham alguns problemas mas *sabiam* como resolvê-los (II). Em contrapartida, cerca de 9 % assumiam uma atitude *passiva* ou *negativa*: tinham problemas no domínio da SH&ST mas *não sabiam* como resolvê-los (IV) ou não manifestavam explicitamente vontade de os resolver (V). Finalmente, a grande maioria (61%) declarava ter os problemas típicos das empresas congéneres, embora *procurasse* resolvê-los (III): eram empresas que manifestavam uma atitude *positiva* mas não *proactiva*. Apenas três não responderam a esta questão (Quadro B9.1.1).

Das empresas que se consideravam *exemplares* no domínio das condições de SH&ST e da sua melhoria (n=43), mais de metade (n=23) constava da lista das *melhores e maiores* (Exame 500/97). As diferenças não eram, porém, estatisticamente significativas. De qualquer modo, as empresas classificadas em 1997 como as *melhores e maiores*, tendiam a ter uma atitude *proactiva* (n=41). Em comparação com as restantes empresas (que não figuravam na Exame 500/97), as diferenças são significativas ( $p < .05$ ), se bem que a associação seja muito fraca ( $\phi < .20$ ).

Quadro B9.1.1 — Atitude face à melhoria das condições de SH&ST (n=255)

Atitude	Nº	%
Proactiva (I, II)	76	29.8
Positiva mas não proactiva (III)	155	60.8
Passiva ou negativa (IV, V)	24	9.4
Total	255	100.0

A atitude das empresas face às condições de SH&ST e à sua melhoria é independente da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho bem como da certificação da qualidade. Em contrapartida, está associada à *nacionalidade do capital*, ou seja, as multinacionais (n=66) tenderiam a ser mais proactivas no domínio da SH&ST do que as restantes empresas (n=193). Embora significativa a nível de  $p < .05$ , a associação entre as duas variáveis é muito fraca.

4.3.4. Estratégia de intervenção no domínio da SH&ST (B9.2)

A maioria relativa das empresas da amostra (38%) pôs a ênfase na *promoção da saúde no trabalho*: a preocupação dominante seria “promover a saúde e o bem-estar de todos” (6). Em segundo lugar, vem a *prevenção orientada para o indivíduo* (3) (27%). Praticamente *ex-aequo* estão as outras duas formas de prevenção: *orientada para o trabalho* (4) (16%) e *centrada simultaneamente no indivíduo e no trabalho* (5) (14%). Um número muito reduzido de empresas (5%) não tinham *nenhuma preocupação especial* (1) ou, quando muito, preocupavam-se em *reparar ou compensar os riscos profissionais* (2), de acordo com as suas obrigações legais.

Em resumo, poder-se-ia falar de três *estratégias ou filosofias de acção* em matéria de saúde no trabalho (Quadro B9.2.1): (i) Uma orientada para a *reparação* (5%); (ii) outra para a *prevenção*, independentemente de ser mais ou menos integrada (57%); e, finalmente, (iii) uma outra, mais direccionada para a *promoção* (38%).

Quadro B9.2.1 — Repartição do nº de empresas em função da sua estratégia ou filosofia de acção em matéria de SH&ST (n=256)

Estratégia ou filosofia de acção	Nº	%
I. Reparar os riscos profissionais (1, 2)	13	5.0
II. Prevenir os acidentes e as doenças profissionais (3, 4)	146	57.0
III. Promover a saúde no trabalho (5, 6)	97	37.9
Total	256	100.0

É de salientar ainda que em bastantes casos os respondentes assinalaram não uma, mas três respostas: (i) prevenir os riscos a nível do indivíduo; (ii) prevenir os riscos a nível do trabalho e, por fim, (iii) promover a saúde e o bem-estar de todos. Neste caso, optou-se sistematicamente por codificar a resposta como correspondente à última categoria (que, de facto, é a mais abrangente, reveladora de uma abordagem integrada dos problemas de saúde no trabalho).



As respostas à pergunta B9.2 podem, todavia, ser tomadas como indiciadoras do maior ou menor grau de integração da política de saúde no trabalho, pelo que se pode dividir a amostra em dois grupos (Quadro B9.2.2): (i) um que decididamente *não revela ter uma abordagem integrada*: limita-se a *reparar os riscos* (n=13), ou a *prevenir os riscos*, privilegiando o *indivíduo* em detrimento do ambiente de trabalho (n=70) ou privilegiando o *ambiente de trabalho* em detrimento do indivíduo (n=40); e (ii) outro que *tem uma abordagem integrada*, orientada para a *prevenção* dos riscos simultaneamente a nível do *indivíduo e do trabalho* (n=36) ou, explicitamente, para a *promoção da saúde* (n=97).

Quadro B9.2.2 — Repartição do nº de empresas em função da existência de uma política de saúde integrada (n=256)

Política de saúde integrada	Nº	%
Sim	133	52.0
Não	123	48.0
Total	256	100.0

Não há diferenças entre os dois grupos no que diz respeito à certificação da qualidade ou outras variáveis de caracterização técnico-organizacional como a modalidade de serviços de SH&ST. Em todo o caso as empresas com uma política de saúde integrada tendem a ter um índice mais alto (0.59) de modernização do seu sistema técnico e organizacional de trabalho (n=125) em comparação com as restantes (0.52) (n=119). As empresas de maior dimensão ( $\geq 250$  trabalhadores) também tenderiam a ter políticas de saúde mais integradas ( $p < 0.001$ ).

#### 4.4. Riscos

##### 4.4.1 Nível de absentismo (B2)

Mais de metade dos respondentes indicaram taxas de absentismo inferiores a 6% enquanto cerca de 16% se situavam nos escalões mais altos ( $\geq 9.00$ ). A proporção de não-respondentes situou-se à volta dos 15% (Figura B2.1).

Para uma maioria relativa de empresas – mais de 60% dos respondentes a esta questão específica (n=170) –, o *nível de absentismo aceitável* era o que se situava abaixo dos 5%. É de registar que mais de um terço da amostra (n=89) não quis ou não soube responder a esta pergunta (Figura B2.2).

É de referir ainda a existência de três casos com valores anormalmente elevados ou aberrantes ( $\geq 20\%$ ), em resultado da inclusão indevida da licença para férias nas ausências ao trabalho. Mesmo excluindo estes *outliers* severos, a distribuição da taxa de absentismo não é normal (Quadro B2.1, em anexo). De qualquer modo, os valores médios andavam muito próximos: 6.0% e 6.2%, para a *média aritmética*, 6.0% e 5.8% para a *trimédia a 5%*, e 5.6% e 5.7% para a *mediana*, em 1996 e 1995, respectivamente.

ralar?

Figura B2. 1 — Taxa de absentismo observada em 1996 (n=221), por escalão (%)

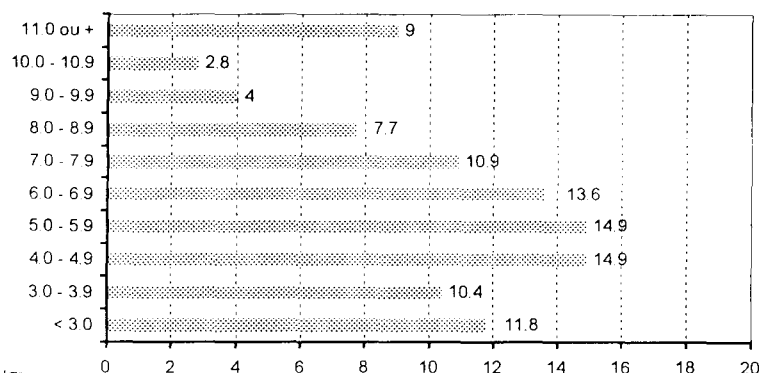
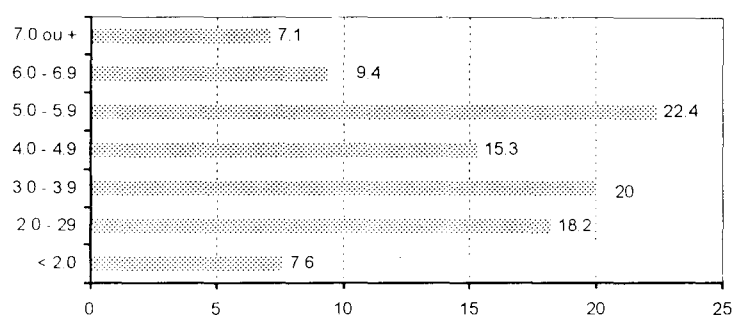


Figura B2. 2 — Taxa de absentismo considerada como aceitável pela empresa, por escalão (n=170) (%)



A taxa média de absentismo diferia por agrupamento de actividade principal. O absentismo era maior no Agrupamento II (*Indústria transformadora ligeira*) e menor no Agrupamento IV (*Outros serviços*) (*Quadro B2.2*, em anexo). Por outro lado, as empresas taylorizadas ou com baixo nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho tendem a ter um taxa de absentismo mais alta ( $\geq 6\%$ ) ( $p < .05$ ).

Comparando a taxa de absentismo nas duas amostras emparelhadas (n=207), verifica-se ter havido uma ligeira redução de 0.3%, de 1995 para 1996, mas mesmo assim estatisticamente significativa ( $p < .01$ ). Essa redução foi maior no Agrupamento 6 (*Comércio e Turismo*). Nos Agrupamentos 8 e 9 (*Outros serviços*), houve pelo contrário um aumento da taxa da absentismo de 0.2% e de 0.5%, respectivamente.

Respondentes e não-respondentes à pergunta B2 não diferem entre si. A resposta à pergunta sobre a taxa de absentismo aceitável é independente do cargo ou função, da nacionalidade do capital, do agrupamento de actividade económica ou da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. Em geral, e como seria de esperar, há diferenças muito significativas, por agrupamento de actividade económica, entre a taxa de absentismo observada em 1996 e a taxa de absentismo considerada aceitável (*Quadro B2.3*, em anexo).

O questionário não tinha nenhuma pergunta sobre a *estrutura do absentismo* observado nestas empresas. Em todo o caso, essa estrutura deverá ser semelhante à do conjunto das empresas abrangidas pelo balanço social, constituindo a baixa por doença a principal causa das ausências ao trabalho (> 50%).

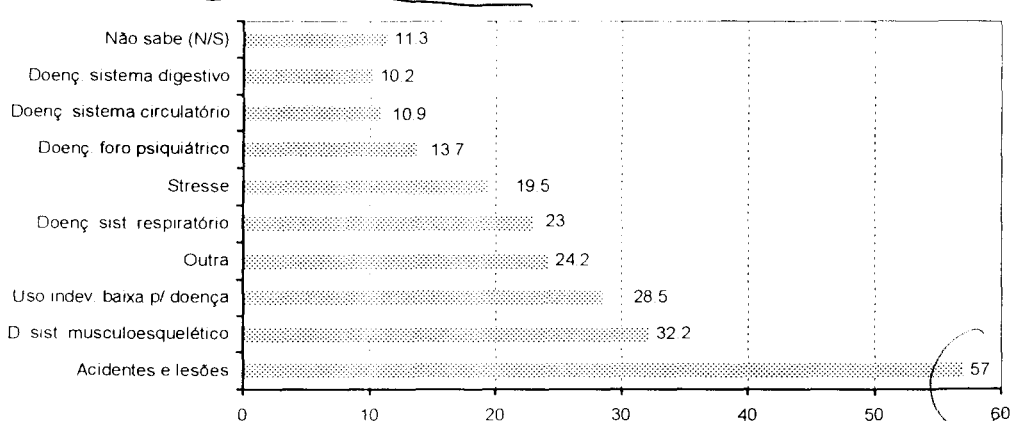
#### 4.4.2. Principais causas da incapacidade (B3)

As três causas mais frequentes do absentismo por incapacidade para o trabalho (Pergunta B3) seriam, na percepção dos respondentes (n=256), os *acidentes e lesões* (57%), as *doenças do sistema musculoesquelético* ou do foro osteomuscular (32%) e, por último, o *uso indevido da baixa por doença* (29%). Há apenas três casos omissos. No entanto, mais de 11% da amostra (n=29) assinalou a resposta *Não sabe (N/S)* (Figura B3.1).

Na lista das principais causas percebidas de incapacidade para o trabalho, surgem a seguir as *doenças do sistema respiratório* (4º), o *stress* (5º) e as *doenças do foro psiquiátrico* (6º). Há ainda um número relativamente elevado de respondentes que assinalou *outras causas*, relacionadas com o absentismo por incapacidade (n=62).

A percepção das causas mais frequentes da incapacidade para o trabalho é independente do cargo ou função do respondente, excepto em relação ao *uso indevido da baixa por doença*: de facto, os gestores de topo tendem a desvalorizar a baixa por doença, considerando-a como *abusiva* ou *fraudulenta*, em maior proporção do que os restantes representantes da empresa, de nível intermédio (director de pessoal, director financeiro e outros, incluindo os médicos do trabalho e outro pessoal de SH&ST) ( $p < .05$ ).

Figura B3.1— Causas mais frequentes do absentismo por incapacidade para o trabalho (n=256) (%)



As *doenças do sistema musculoesquelético* e as *doenças do aparelho respiratório* bem como o *uso indevido da baixa por doença* seriam significativamente mais frequentes no sector produtivo do que no sector de serviços ( $p < .05$ ) (Quadro B3.1). Muito em especial, as *doenças do sistema musculoesquelético* seriam mais frequentes nos agrupamentos de actividade económica 2 e 3.

A percepção das principais causas do absentismo por incapacidade para o trabalho não parece estar associada à *dimensão da empresa* (volume de emprego) a não ser no que respeita às *doenças do sistema musculoesquelético* e às *doenças do aparelho digestivo* ( $p < .05$ ). Por seu turno, o uso e o abuso da *baixa por doença* são mais referidos pelos representantes das empresas da *indústria transformadora ligeira* (Agrupamento II). As empresas que invocam o *uso indevido da baixa por doença* têm, além disso, a particularidade de empregarem uma maior percentagem média de *mulheres* (37.4%) ( $n=65$ ) em relação às demais empresas (29.3%) ( $n=171$ ) ( $p < .05$ ). São também empresas que tendem a ter um nível de absentismo mais alto ( $p < .05$ ).

Não há diferenças relativamente às demais variáveis de caracterização sociodemográfica (*colarinhos azuis*, escolaridade, idade e taxa de sindicalização). A percepção das principais causas do absentismo por incapacidade também é independente do índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. Em contrapartida alguns dos principais problemas de saúde no trabalho estarão relacionados com certas características sociodemográficas das empresas: (i) as *doenças do foro psiquiátrico* são mais referidas pelas empresas onde é maior a proporção de mulheres (*média*=39.5;  $n=33$ ) ( $p < .05$ ); (ii) as *doenças do sistema musculoesquelético* seriam mais frequentes nas empresas onde há uma população mais envelhecida, devido ao peso do grupo com idade igual ou superior a 40 anos (*média*=49.0;  $n=76$ ) ( $p < .01$ ); (iii) o *stress* também é mais reportado pelas empresas cujo pessoal tem um nível de escolaridade igual ou superior a 9 anos (*média*=51.6;  $n=46$ ) ( $p < .05$ ).

Quadro B3. 1 — Percepção das principais causas do absentismo por incapacidade para o trabalho, por sector económico (n=256) (%)

Causa de incapacidade para o trabalho (a)	Sector económico	Produtivo (n=149)	Serviços (n=106)	p
Acidentes e lesões		62.4	49.5	n.s.
Doenças do sistema músculo-esquelético		38.3	24.4	< .05
Uso indevido da baixa por doença		34.2	20.6	< .05
Doenças do aparelho respiratório		28.9	15.0	< .05
Stresse		17.4	22.4	n.s.
Doenças do foro psiquiátrico		12.8	15.0	n.s.
Doenças do aparelho circulatório		8.7	14.2	n.s.
Doenças do aparelho digestivo		10.1	10.4	n.s.
Outras		25.5	22.4	n.s.
Não sabe (N/S)		7.4	16.2	< .05

(a) A pergunta admitia três hipóteses de resposta

4.43. Principais problemas de saúde, relacionados com estilos de vida (B4)

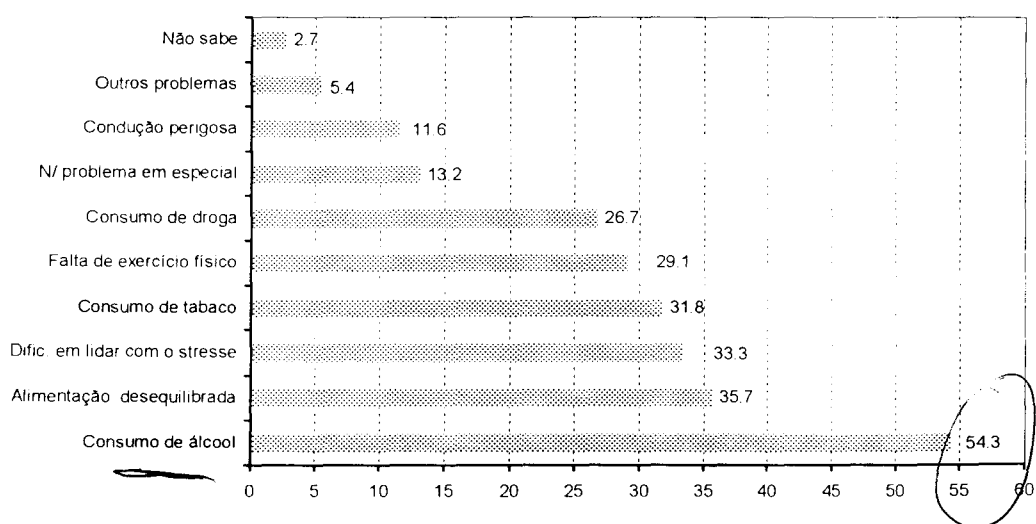
O *consumo de álcool*, enquanto factor de risco associado aos estilos de vida dos trabalhadores, parece constituir o problema de saúde que, de longe, mais preocupa as nossas empresas (54%). Em segundo lugar, vem a *alimentação desequilibrada* (36%), seguida, de muito perto, pela *dificuldade em lidar com o stress* (33%) (pergunta B4) (Figura B4.1).

Nos outros problemas que preocupam os empregadores ou seus representantes, mas que tradicionalmente não são associados ao domínio da SH&ST, incluem-se o *consumo do tabaco*

(32%), a *falta de hábitos de exercício físico* (29%) e, inclusive, o *consumo de droga* (27%) e a *condução perigosa*, susceptível de provocar acidentes de trajecto (12%). Há apenas um caso omissivo e sete respostas de tipo *Não sabe*. Refira-se, por fim, que também há empresas que declararam não ter *nenhum problema em especial* (n=34), constituindo motivo de preocupação para a gestão

Nos *outros problemas* (n=14) inclui-se um leque muito variado de questões relacionadas com a saúde que preocupam as empresas, embora uma ou outra dificilmente possa ser associada aos *estilos de vida* dos trabalhadores mas sim às próprias condições trabalho, em geral, de SH&ST, em particular. Entre outras, os respondentes identificaram as seguintes: (i) a “vida nocturna” (referida especificamente como motivo de preocupação por uma empresa hoteleira); (ii) a “pressa” (sic); (iii) a falta de cumprimento das normas de SH&ST por parte do trabalhador; (iv) as posturas corporais incorrectas; (v) as actividades extralaborais com lesões, causadoras de absentismo (por ex., a actividade agrícola de fim-de-semana, a prática desportiva nos tempos livres); ou ainda os (vi) “problemas de carácter social” (por ex., a falta de habitação, o consumo de droga, o disfuncionamento familiar). Não há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos problemas de saúde relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores, por *cargo ou função* do respondente.

Figura B4.1 — Principais problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores, constituindo motivo de preocupação para a empresa (n=258) (%)



De um modo geral pode dizer-se que a percepção dos problemas de saúde relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores também é independente do sector económico. No entanto, as empresas do sector produtivo preocupam-se mais com o consumo de álcool ( $p < .05$ ), enquanto as empresas de serviços tendem a dar mais importância aos problemas do stress.

Alguns destes problemas estão claramente associados às *características sociodemográficas* das empresas. Por exemplo, o *consumo de álcool* está associado à idade, ao género e à escolaridade dos trabalhadores; ou seja, tende a constituir uma preocupação nas empresas onde é maior a percentagem média de indivíduos ( $p < .001$ ): (i) do género *masculino* (73%) (n=132); (ii) com *40 ou mais anos de idade* (47%) (n=130); (iii) com *menos de 9 anos de escolaridade* (61%) (n=127).

Quanto às *dificuldades em lidar com o stresse*, elas foram mais reportadas nas empresas onde a escolaridade é maior ( $\geq 9$  anos): a percentagem média é de 50.8% (n=77) contra 41.7% (n=151) ( $p < .05$ ). Passa-se o contrário com a *alimentação desequilibrada* que parece ser sobretudo uma preocupação das empresas onde a escolaridade do pessoal é inferior: a percentagem média de gente sem a actual escolaridade obrigatória é de 60.2% (n=80) contra apenas 52.8% nas restantes empresas (n=147) ( $p < .05$ ).

Os restantes problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida do trabalhador enquanto indivíduo (*consumo de tabaco, falta de hábitos de exercício físico e condução perigosa*), são independentes das características sociodemográficas das empresas (por ex., género, idade, escolaridade e sindicalização dos trabalhadores).

As *dificuldades em lidar com o stresse*, por parte dos trabalhadores, constituem um problema que começa a preocupar a generalidade das empresas, independentemente do seu ramo de actividade, e que atinge a generalidade da população activa empregada. Em todo o caso, essa preocupação é muito significativamente maior nas empresas onde há a percepção do *stresse* como *uma das principais causas do absentismo por incapacidade* (Quadro B4.1). O mesmo se passa nas empresas que referiram as *doenças do foro psiquiátrico* como causa de absentismo ( $p = .001$ ).

Quadro B4.1 — Preocupação com a dificuldade em lidar com o stresse e percepção do stresse como uma das principais causas do absentismo por incapacidade (n=254) (%)

Percepção do stresse como uma das principais causas do absentismo por incapacidade	Sim	Não
Preocupação c/ a dificuldade em lidar com o stresse		
Sim	58.0	27.5
Não	42.0	72.5
Total	N=50	N=204

p < .001

Seleccionando as empresas de controlo accionista estrangeiro (n=66), oriundas de Estados-membros da União Europeia (n=44) ou de outras regiões (n=22), constato que não há diferenças entre elas relativamente à variável em análise (problemas de saúde relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores, constituindo motivo de preocupação para os gestores). Todavia é de assinalar que as multinacionais comunitárias tendem a dar mais ênfase ao *consumo de álcool* (48%), ao *consumo de tabaco* (29%) e à *condução automóvel* (23%). As restantes multinacionais, de origem extracomunitária (n=22), mostram sobretudo preocupação com as *dificuldades em lidar com o stresse* (45%), o *exercício físico* (36%), a *alimentação* (36%) e o *consumo de droga* (27%).

Para a generalidade das empresas da amostra, nacionais ou estrangeiras, o *consumo de álcool* como preocupação está associado à percepção do acidente do trabalho como uma das principais causas do absentismo ( $p < .01$ ). Por seu turno, a *falta de hábitos de exercício físico* estará relacionada com as *doenças do aparelho circulatório*. As empresas que referem as *doenças do aparelho circulatório* como uma das três principais causas do absentismo também se mostram preocupadas com a *alimentação não saudável* dos seus trabalhadores. Por fim, a *alimentação desequilibrada* também aparece associada aos *problemas do sistema músculo-esquelético*. Embora as

diferenças sejam significativas ao nível de  $p < .05$ , a associação é, contudo, muito fraca ( $p < .20$ ).

#### 4.4.4. Principal natureza dos riscos (B5)

Mais de metade dos respondentes (53%) classificou os riscos no local de trabalho como sendo principalmente de natureza *física, química e/ou biológica*; 43% identificou-os como sendo sobretudo de natureza *psicossocial*, mais ligados ao *trabalho* (15%) ou mais ligados ao *indivíduo* (28%). Houve 20 respostas de tipo “Não sabe” (N/S), enquanto em 9 casos se optou por uma dupla resposta: os riscos seriam tanto de natureza física, química e biológica como psicossocial, relacionada com o indivíduo ou relacionada com o trabalho. Há diferenças na percepção da natureza dos riscos em função do sector de actividade (*Quadro B5.1*).

Quadro B5 1 —Principal natureza dos riscos e sector económico (n=238)(%)

Sector económico	Produtivo	Serviços
Principal natureza dos riscos		
Física, química e/ou biológica	66.7	34.0
Psicossocial	33.3	66.0
Total	N=138	N=100

$p < .001$

Para a maioria dos respondentes, a natureza física, química e/ou biológica dos factores de risco está associada aos *acidentes e lesões* ( $p < .05$ ) ou a doenças de etiologia multifactorial relacionadas com o trabalho como, por exemplo, as do *sistema musculoesquelético* ( $p < .01$ ).

Já o stress, como causa de incapacidade para o trabalho, está claramente associado aos factores *psicossociais* no trabalho ( $p < .01$ ). O mesmo se passa com a *doença do foro psiquiátrico* ( $p < .05$ ). Relativamente às restantes causas de incapacidade para o trabalho (doenças dos sistemas respiratório, circulatório e digestivo), parecem ser independentes da principal natureza dos riscos no local de trabalho.

### 4.5. Formas e nível de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST

#### 4.5.1. Principais formas de participação (B6)

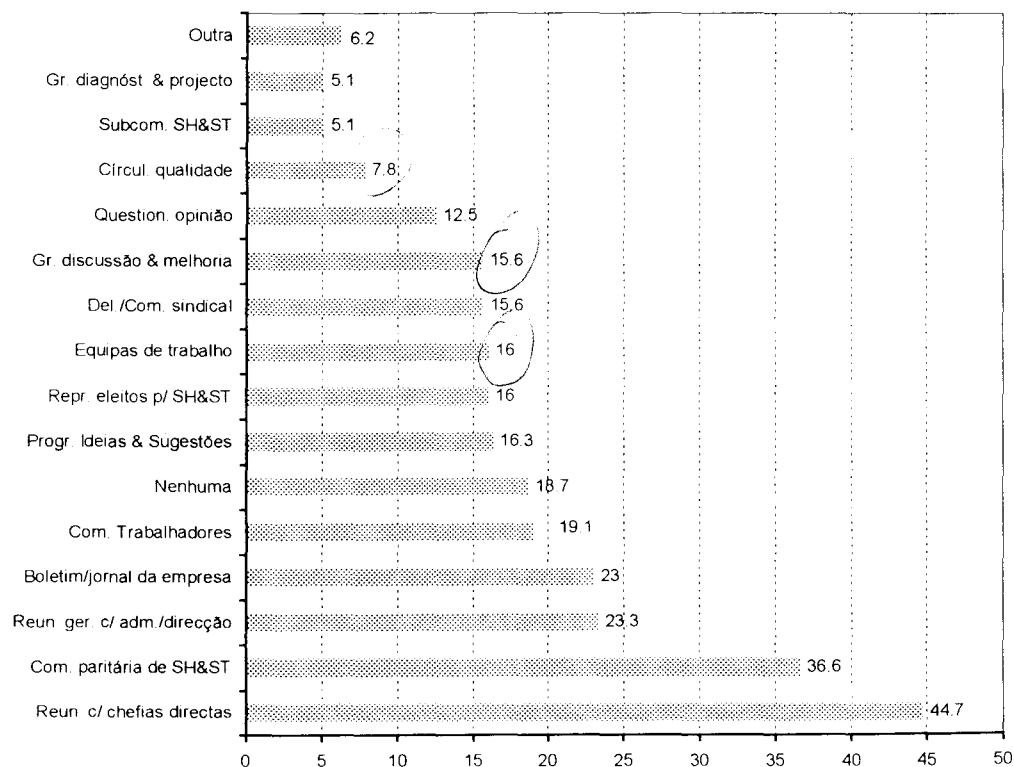
Quatro em cada cinco empresas referiram a existência de uma ou mais formas de participação no local de trabalho, permitindo aos trabalhadores e/ou seus representantes serem, no mínimo, *informados e/ou consultados* em matérias relacionadas com a SH&ST. Dois terços da amostra (66%) tinham formas *directas ou não-representacionais*, enquanto pouco mais de metade (54%) tinham formas *indirectas ou representacionais*. Por fim, apenas 19% dos respondentes declararam não ter *nenhuma forma de participação em especial* neste domínio.

De acordo com as respostas dadas à pergunta B6 (n=257), a forma mais generalizada de participação era a tradicional *Reunião com as Chefias Directas* (45%), seguida, à distância, pela

*Comissão Paritária de SH&ST* (37%) e pela *Reunião Geral com a Administração/Direcção* a nível da empresa ou do estabelecimento (23%) (Figura B6.1).

Também em 23% dos casos, era utilizado o *Boletim/Jornal de empresa* como forma de participação. Só em 5º lugar, surgia a *Comissão de Trabalhadores* (19%). A figura do *Delegado Sindical* e/ou da *Comissão Sindical*, como forma de participação no domínio da SH&ST, era apenas referenciada por menos de 16% das respostas, surgindo em 9º lugar *ex-aequo* com os *Grupos de Discussão e Melhoria*. Ligeiramente à frente dos *Representantes Eleitos para a SH&ST* (16%) e das *Equipas de Trabalho* (16%), apareciam, em 6º lugar, no *ranking* das formas de participação mais frequentes, os *Programas de Ideias e Sugestões*. Menos frequente (12%) era a aplicação de *Questionários de Opinião* (por ex., como instrumentos de diagnóstico do clima organizacional ou de avaliação das atitudes dos trabalhadores e das suas intenções comportamentais).

Figura B6.1 - Principais formas de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=257) (%)



Quanto às empresas que responderam não usar *nenhuma forma especial de participação* dos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=48), na sua maioria (i) pertenciam ao *sector terciário* (n=30) ( $p < .01$ ); (ii) eram *tecnologicamente menos evoluídas* (n=27) ( $p < .01$ ); e, por fim, (iii) recorriam ao *outsourcing* em matéria de organização e funcionamento de serviços de SH&ST (n=29) ( $p < .01$ ).



Quadro B6. 1 — Principais formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&amp;ST por sector económico (n=257)

Sector económico	Produtivo	Serviços	p
Forma de participação (a)	(%)	(%)	
Comissão paritária de SH&ST	52.3	14.8	< .001
Reuniões c/ as chefias directas	49.7	38.0	n.s
Reuniões gerais c/ a direcção	29.5	14.8	< .01
Boletim/jornal da empresa	26.2	18.5	n.s
Comissão de Trabalhadores	22.8	13.9	n.s
Representantes eleitos p/ a SH&ST	22.1	7.4	< .01
Programas de ideias e sugestões	21.5	9.3	< .05
Equipas de trabalho	20.8	9.3	< .05
Grupos de discussão e melhoria	20.8	8.3	< .01
Delegado/Comissão sindical	17.4	13.0	n.s
Questionários de opinião	14.1	10.2	n.s
Círculos de qualidade	11.4	2.8	< .05
Subcomissões de SH&ST	8.7	0	< .01
Grupos de diagnóstico e projecto	7.4	1.9	n.s
Nenhuma em especial	12.1	28.0	< .01
Total	N=149	N=108	

(a) A pergunta admitia mais do que uma resposta

Certas formas são mais prováveis nas empresas do sector produtivo do que do sector terciário (*Quadro B6.1*). É o caso sobretudo da *Comissão de SH&ST* ( $p < .001$ ), mas também das *Reuniões gerais com a direcção*, do *Representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST*, dos *Grupos de discussão e melhoria*, etc. ( $p > .01$ ). Outras há, como o *Boletim/jornal da empresa*, a *Comissão de trabalhadores* ou o *Delegado/Comissão sindical*, que são independentes do sector de actividade.

#### 4.5.2. Formas indirectas ou representacionais

A existência de *Comissão de SH&ST* é independente do nível de sindicalização do pessoal. Em contrapartida está associada ao *agrupamento de actividade principal*. Quando se compara as empresas do sector produtivo (Agrupamentos I e II) com as do sector terciário (III e IV), as diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação entre as duas variáveis é moderada ( $V$  de Crumer=.40) (*Quadro B6.2*).

A *Comissão de Trabalhadores* (CT), por seu turno, está relacionada com o nível de sindicalização dos trabalhadores: a média é muito significativamente maior ( $p < .001$ ) nas empresas ou estabelecimentos onde existe a CT como forma de participação do pessoal em matéria de SH&ST (63%) (n=38) do que nos locais de trabalho onde não existe (31%) (n=114).

Quadro B6.2— Comissão de SH&ST e agrupamento de actividade económica (n=257) (%)

Agrupamento de actividade económica Comissão de SH&ST	I. Ind. Pesada. Energia. Cons- trução (a)	II. Indústria Ligeira	III. Comércio, Turismo, Transportes	IV. Outros Serviços
Sim	59.2	45.2	17.7	10.9
Não	40.8	54.8	82.3	89.1
Total	N=76	N=73	N=62	N=46

(a) Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Máquinas e equipamentos, n.e. (DK), Material de transporte (DM)

$p < .001$

Para além da dimensão na empresa, a existência de CT também está relacionada com o sector de actividade. Das 49 empresas com CT, 34 pertenciam ao sector secundário (com destaque para a indústria pesada, energia e construção) e as restantes ao terciário. As diferenças são significativas ao nível de  $p < .05$ , se bem que a associação seja muito fraca ( $V$  de Cramer  $< .20$ ).

A existência de *Delegado/Comissão Sindical* também está associada ao nível de sindicalização, como de resto seria de esperar ( $p < .001$ ): (i) nas empresas ou estabelecimentos onde existem delegados sindicais, é maior a percentagem de trabalhadores sindicalizados (61%) (n=31); pelo contrário, (ii) nos locais de trabalho onde não existe esta figura, a taxa média de sindicalização é menor (33%)(n=153). A figura do *Delegado/Comissão Sindical* não está associada à existência de *Comissão Paritária de SH&ST*; em contrapartida, parece estar relacionada com a figura da *Comissão de Trabalhadores* ( $p < .001$ ;  $\phi = .40$ ).

Quanto à nova figura do *Representante Eleito dos Trabalhadores para a SH&ST*, a sua existência não está associada ao sector económico nem à dimensão da empresa (volume de emprego ou volume de negócios). Também é independente da existência de *Comissão de Trabalhadores* ou de *Delegado/Comissão Sindical*. Em contrapartida, está associada à *Comissão Paritária de SH&ST*: as diferenças são muito significativas e a associação é moderada ( $p < .001$ ;  $\phi > .40$ ) (Quadro B6.3).

Quadro B6.3— Representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST e Comissão de SH&ST (n=257) (%)

Comissão de SH&ST	Sim	Não
Representante eleito dos trabalhadores		
Sim	36.2	4.3
Não	63.8	95.7
Total	N=94	N=163

$p < .001$

A existência de formas de participação indirecta ou representacional é independente do índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho.

### 4.5.3. Formas directas ou não representacionais

De um modo geral, estas formas são mais prováveis nas multinacionais ( $p < .01$ ). Os *Programas de Ideias e Sugestões* estão claramente associados às multinacionais. Mas também estão relacionados com a existência de *Grupos de Discussão e Melhoria* ( $p < .001$ ;  $\phi = .40$ ) (*Quadro B6.4*), de *Equipas de Trabalho* e de *Questionários de Opinião*, embora nestes dois casos associação seja fraca ( $p < .001$ ;  $\phi < .30$ ).

Quadro B6.4— Programa de Ideias e Sugestões e Grupo de Discussão e Melhoria (n=257) (%)

Grupo de Discussão e Melhoria	Sim	Não
Programa de Ideias e Sugestões		
Sim	50.0	10.1
Não	40.0	89.9
Total	N=40	N=217

$p < .001$

As *Reuniões com a estrutura hierárquica* da empresa (administração/direcção e/ou chefias directas) são independentes das formas de participação mais formais e tradicionais (v.g., Comissão de Trabalhadores). Em contrapartida, estão associadas às diversas formas directas, embora a associação em geral seja fraca ( $\phi < .30$ ) ou muito fraca ( $\phi < .20$ ).

As *Reuniões com as Chefias Directas*, por sua vez, estão relacionados com as *Reuniões Gerais com a Administração/Direcção* ( $p < .001$ ;  $\phi < .40$ ). Estão também associadas com os *Grupos de Discussão e Melhoria* ( $p < .001$ ;  $\phi < .30$ ), com as *Equipas de Trabalho* ( $p < .001$ ;  $\phi < .30$ ) e com os *Círculos de Qualidade* ( $p < .01$ ;  $\phi < .30$ ), três estruturas de participação onde é usual a estreita cooperação entre os trabalhadores e as suas chefias directas.

A existência de *Reuniões com a estrutura hierárquica da empresa* e das demais formas de participação directa ou não-representacional é independente da taxa média de sindicalização.

Quadro B6.5 — Formas de participação directa dos trabalhadores em matéria de SH&ST e índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=243)

Existência	Sim	Índice de modernização	Não	Índice de modernização	p (*)
Formas de participação directa					
Reuniões c/ a estrutura hierárquica	122	.60	121	.50	.001
Reuniões c/ as chefias directas	112	.60	131	.51	< .01
Boletim/jornal de empresa	57	.65	186	.52	< .001
Reuniões gerais c/ administração/direcção	56	.60	187	.53	n.s.
Programas de ideias e sugestões	41	.65	202	.53	< .01
Equipas de trabalho	40	.67	203	.53	< .001
Grupos de discussão e melhoria	40	.67	203	.53	< .001
Questionários de opinião	32	.69	211	.53	< .001
Círculos de qualidade	20	.54	223	.55	n.s.
Grupos de diagnóstico e projecto	13	.63	230	.55	n.s.

A utilização do *Boletim/Jornal de Empresa*, como forma de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST, está sobretudo relacionada com a dimensão da empresa. De facto, é mais frequente nas (i) empresas de *maior dimensão* ( $\geq 250$  trabalhadores) ( $p < .001$ ); mas também naquelas que (ii) têm *certificação da qualidade* ( $p < .001$ ). A utilização do *Boletim/Jornal de Empresa* é independente da escolaridade e da sindicalização do pessoal.

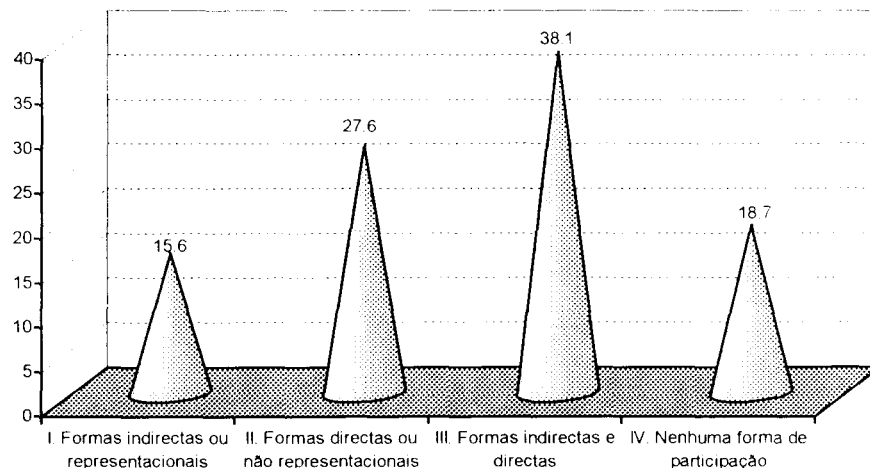
De um modo geral, a existência de formas de participação directa ou não-representacional é muito mais provável nas empresas com maior índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (*Quadro B6.5*).

O número médio de formas de participação assinaladas é de 3.2 (*mediana*=3; *d.p.*=2.2; *mínimo*=1; *máximo*=12) ( $n=209$ ). No entanto, a categoria mais frequente ou moda é 1 ( $n=51$ ). As empresas do sector produtivo apresentam em média maior número de formas de participação (3.8) ( $n=131$ ) do que as do sector de serviços (2.4) ( $n=78$ ). As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ).

#### 4.5.4. Tipologia das formas de participação (B6)

A distribuição dos respondentes em função dos perfis tipológicos de participação consta da *Figura B6.2*. As formas *directas e indirectas* (Grupo III) são predominantes (38%), seguidas das formas *directas* (Grupo II) (28%) e das formas *indirectas* (Grupo I) (16%). Menos de 20% dos respondentes encontram-se no Grupo IV (os que não têm *nenhuma forma especial* de participação).

Figura B6.2 – Frequência relativa dos tipos de formas de participação ( $n=257$ ) (%)



Estes perfis tipológicos estão relacionados com as características sociodemográficas e técnico-organizacionais das empresas. Por exemplo, em comparação com os restantes, o primeiro grupo de empresas (I), empregando 26205 trabalhadores ( $n=40$ ), tinha: (i) uma elevada proporção de *trabalhadores sindicalizados* (56.1%) ( $n=27$ ); (ii) sensivelmente a mesma

proporção de *colarinhos azuis* (58.4%) (n=32); (iii) uma baixa proporção de *mulheres*: 21.8% (n=37); (iv) cerca de 60% do pessoal com *idade igual ou superior a 40 anos* (n=36); (v) cerca de 57% com *escolaridade inferior a 9 anos* (n=34).

O segundo grupo de empresas (II), por sua vez, apresentava, em relação aos restantes, as seguintes diferenças: (i) incluía 71 empresas, empregando 29096 trabalhadores; (ii) tinha a menor proporção de *sindicalizados*: 31.7% (n=31), se bem que o número de casos omissos fosse da ordem dos 56% (n=40); (iii) dois terços eram *colarinhos azuis* (66.4%) (n=49); (iv) havia uma elevada proporção de trabalhadores jovens, *com menos de 40 anos* (70.1%) (n=60); (v) mais de um terço do pessoal eram *mulheres* (36.7%) (n=64); (vi) e cerca de 46% eram trabalhadores com *escolaridade igual ou superior a 9 anos* (45.7%) (n=61).

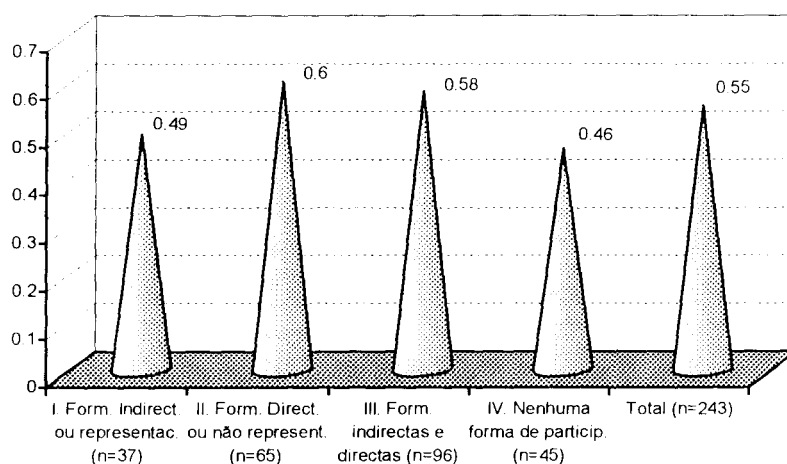
Existem diferenças muito significativas entre a tipologia de formas de participação e o sector económico (*Quadro B6.6*). Os quatro grupos de empresas também diferem quanto ao *volume de vendas* ( $p < .001$ ).

Quadro B6. 6 — Tipologia de formas de participação e sector económico (n=257) (%)

Tipologia de formas de participação	Sector económico	Produtivo	Serviços
Grupo I (Indirectas)		16.1	14.8
Grupo II (Directas)		20.8	37.0
Grupo III (Indirectas e Directas)		51.0	20.4
Grupo IV (Nenhuma)		12.1	27.8
	Total	N=149	N=108

$p < .001$

Figura B6.3 —Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho por tipologia de formas de participação (n=243) (%)



$p < .01$

O Grupo III (i) tende a ser constituído sobretudo por GE, em termos de volume de vendas (n=51) e a ter um capital social igual ou superior a 1 milhão de contos (n=58); (ii) predomina no sector produtivo (n=76); e (iii) tende igualmente a fazer parte da lista da *Exame 500/97* (n=56).

Inversamente, no Grupo II é maior a proporção de PME (n=55) bem como de empresas com capital inferior a 1 milhão de contos (n=51). Estão em maioria relativa no sector de serviços (n=40) e é mais provável que não façam parte da lista da *Exame 500/97* (n=48).

O Grupo II é o que apresenta o maior índice de modernização do sistema técnico e organizacional do trabalho (0.60), logo seguido do Grupo III (0.58). Os restantes grupos apresentam valores inferiores a 0.50. As diferenças entre grupos são muito significativas ( $p < .01$ ).

#### 4.5.5. Grau de importância atribuído à participação do pessoal (B7)

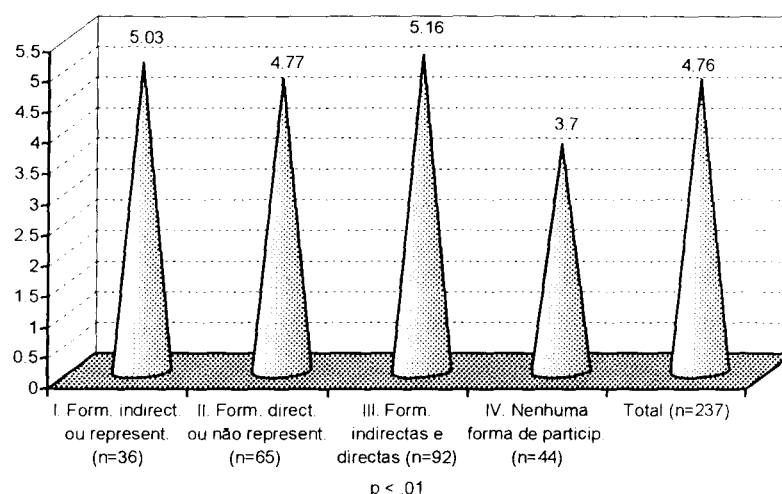
Apenas uma escassa minoria de respondentes (6%) atribui *nenhuma ou praticamente nenhuma* importância à participação dos trabalhadores (valores 1 e 2); em contrapartida, quase 31% atribuem *muita ou muitíssima* importância à participação (valores 6 e 7); para mais de 13% a participação é vista como *pouco* importante (valor 3), enquanto para 26% é *bastante* importante (valor 5). O ponto neutro da escala (4, correspondente a *assim-assim, nem pouco nem bastante*) obteve um quarto das respostas (24%). Há um número significativo de casos omissos ou não respostas (n=21) (8%), incluindo 15 casos (dos quais 8 multinacionais) em que a resposta ao questionário foi delegada pelo gestor de topo a um gestor de nível intermédio.

As empresas que não têm *nenhuma forma especial de participação* dos trabalhadores no domínio da SH&ST (Grupo IV), também atribuem menor importância a essa participação. As diferenças são muito significativas quando se compara a média deste grupo (3.7) com as médias dos restantes (Grupos I, II e III) ( $p < .001$ ) (*Quadro B7.1*).

A importância média atribuída à participação dos trabalhadores também difere em função de certas características organizacionais, tais como a certificação da qualidade, a nacionalidade e o sector económico: (i) as *multinacionais* (n=58) dão muito maior importância à participação (*média* = 5.4, *d.p.* = 1.3) do que as empresas nacionais (n=180) (*média* = 4.5, *d.p.* = 1.5) ( $p < .001$ ); e o (ii) o mesmo se passa com as empresas *certificadas* (n=101) em relação às restantes (n=136) ( $p < .01$ ).

A média também difere muito significativamente ( $p < .001$ ) quando comparamos as empresas em função do grau de qualificação do posto de trabalho mais característico da área de produção: no grupo dos *pouco ou nada qualificados* (n=124) a média é de 4.4 (*d.p.* = 1.4) contra 5.2 (*d.p.* = 1.5) no grupo dos *bastante ou muito qualificados* (n=103). Não há diferenças em função da dimensão (volume de emprego), controlo accionista ou antiguidade.

Figura B7.1 – Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho por tipologia de formas de participação (n=243) (%)



#### 4.5.6. Nível de participação (B8)

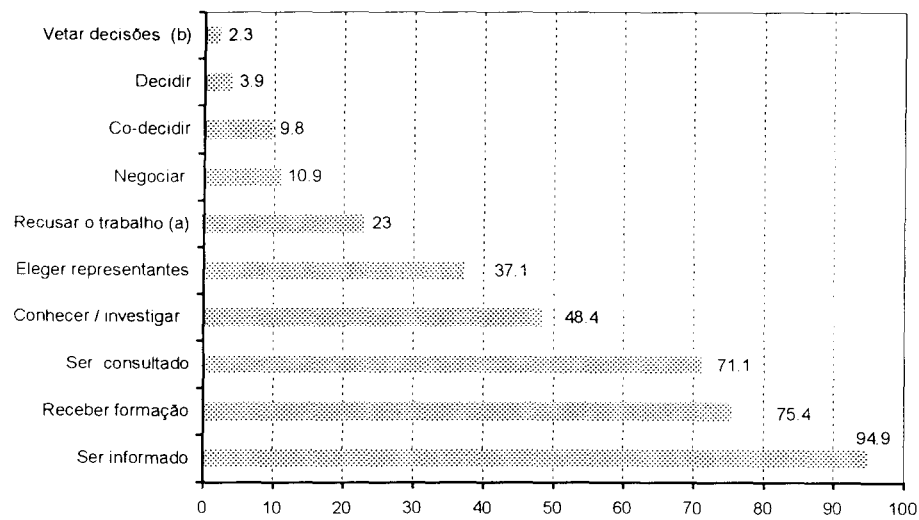
*Ser informado* (95%), *receber formação* (74%) e *ser consultado* (71%) são os três principais direitos de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST, reconhecidos pela generalidade dos respondentes (Figura B8.1).

Em contrapartida, muito poucas empresas consideram como direitos dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes): *Votar decisões* (2.3%); *Ser o principal responsável pelas decisões* (3.9%); *Co-decidir ou tomar parte no processo de decisão* (9.8%). Mesmo o direito à *negociação* só é reconhecido por 11% dos respondentes. Em contrapartida, e um pouco surpreendentemente, o dobro dos respondentes (23%) reconhece o direito a *recusar o trabalho em perigo grave e iminente* a que se refere o art. 15º do D.L. nº 441/91, de 14 de Novembro de 1991.

*Eleger representantes para a SH&ST* é também uma das prerrogativas que é reconhecida aos trabalhadores portugueses (art. 10º do citado diploma legal). Embora esta matéria na altura ainda estivesse (e continue a estar) por regulamentar, apenas 37% da amostra reconhecia o direito à representação. Em contrapartida, uma percentagem maior (cerca de 48%) reconhece o direito dos trabalhadores de *conhecerem e investigarem os riscos* a que estão expostos no local de trabalho.

Segundo o *Quadro B8.1*, 38% das empresas só reconhecem os direitos de *cooperação* (n=96): (i) explícita e concretamente todos os direitos de cooperação (ser informado, receber formação, ser consultado e eleger representantes); (ii) ou só alguns (por ex., ser informado e consultado, ou ser informado e eleger representantes).

Figura B8.1 - Direitos que, em princípio, são reconhecidos aos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=256) (%)



(a) Em caso perigo grave e iminente (Art. 15º do D.L. nº 441/91, de 14 de Novembro)

Os restantes respondentes (62%) vão um pouco mais longe e reconhecem também um ou mais direitos de *co-determinação*: Na generalidade dos casos, trata-se apenas do *direito de conhecer/investigar os riscos* e/ou de *recusar o trabalho em caso de perigo grave e iminente* (42%).

Apenas um número muito restrito de empresas (uma em cada cinco) aceita, em princípio, que os seus trabalhadores participem no processo de negociação e decisão em matérias respeitantes à SH&ST, reconhecendo os direitos de *negociação, co-decisão, decisão e veto* (20%).

Quadro B8.1 — Repartição do nº de respondentes pelo nível de participação que reconhecem aos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=256) (%)

Nível de participação	Nº	%
1. Cooperação	96	37.5
2. Co-determinação	160	62.5
Total	256	100.0

Há diferenças muito significativas entre o nível de participação e a tipologia das formas de participação (Quadro B8.2): (i) as empresas em que *não há nenhuma forma especial de participação* (Grupo IV) tendem a reconhecer apenas os *direitos de cooperação*; (ii) nas empresas que *combinam as formas de participação directas e indirectas* (Grupo III), há uma maior proporção das que reconhecem os direitos de *co-determinação* ( $p < .001$ ).



Não há diferenças nas respostas em função do cargo ou função do respondente, a não ser em relação ao *direito de eleger representantes*, ao *direito de conhecer/investigar os riscos* e ao *nível de participação*: as diferenças são estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) mas a associação é muito fraca ( $\phi < .20$ ).

Por fim, o nível de participação também está associado à modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho: as empresas que reconhecem os direitos de co-determinação ( $n=153$ ) tendem a apresentar um índice maior de modernização (.58) do que as restantes ( $n=90$ ) (.50). As diferenças são significativas a nível de  $p < .01$ .

Quadro B8 2 — Repartição do nº de respondentes pelo nível de participação que reconhecem aos trabalhadores no domínio da SH&ST ( $n=256$ ) (%)

Tipologia das formas de participação	I. Indirectas	II. Directas	III. Indirectas e directas	IV. Nenhuma
Nível de participação				
Cooperação	57.5	38.0	18.6	58.3
Co-determinação	42.5	62.0	81.4	41.7
Total	N=40	N=71	N=97	N=48

$p < .001$

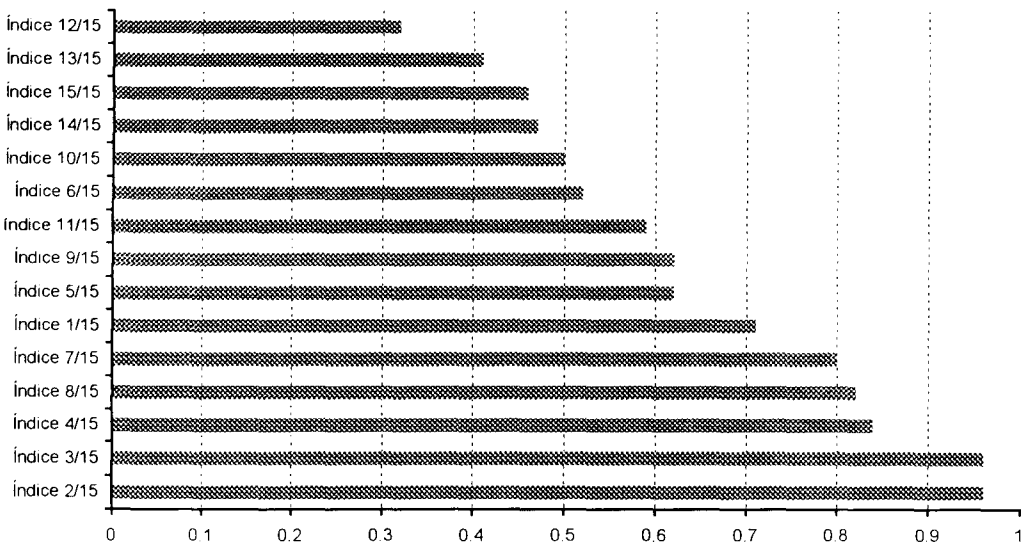
#### 4.6. Índice de integração do sistema de gestão da SH&ST

De acordo com a Figura IV.1, o índice parcial que contribui menos para o índice médio global de integração do sistema de gestão da SH&ST é o índice 12/15 (*Existência de política escrita e/ou Orçamento de SH&ST como factor facilitador*), com um valor médio de apenas 0.32. Por sua vez, o que contribui mais (0.96) é o índice 2/15 (*Existência de sistema de gestão da qualidade, certificado ou não*).

A distribuição do índice global médio de integração do sistema de gestão não é normal ( $p < .001$ ), é negativamente assimétrica (Coeficiente de enviesamento  $> -2.0$ ). Não há *outliers*. A mediana é .67, muito próxima da média (.64) mas já fora do intervalo de confiança a 95% para a média (*Quadro IV.1*, em anexo).

Grosso modo, podemos dividir a amostra em dois grupos, em função da mediana (.67): um primeiro grupo com um índice superior a .67 ( $n=118$ ) (Grau de integração alto a médio alto) e um segundo grupo com um índice igual ou inferior a .67 ( $n=141$ ) (Grau de integração médio baixo a baixo) (*Quadro IV.2*).

Figura IV.1 – Distribuição do valor médio de cada um dos 15 índices que compõem o índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259) (%)



Quadro IV.2 - Distribuição da amostra por grau de integração do sistema de SH&ST (n=259)

Grau de integração	Nº	%	% Acumulada
Baixo (até 33)	25	9.7	9.7
Médio baixo (de 34 a 67)	116	44.8	54.4
Médio alto (de 68 a 83)	78	30.1	84.6
Alto (84 ou mais)	40	15.4	100.0
Total	259	100.0	

Em geral são as empresas de maior volume de emprego ( $\geq 250$ ) e/ou de maior volume de vendas ( $\geq 7.5$  milhões de contos), do sector produtivo, constantes da lista da Exame 500/97, multinacionais, viradas para a exportação, tecnológica e organizacionalmente mais modernas, com postos de trabalho qualificados, serviço interno de SH&ST e equipas de saúde ocupacional (tipo III ou IV) que tendem a apresentar um índice mais elevado de integração do sistema de gestão da SH&ST. Este índice, por sua vez, é independente das características sociodemográficas das empresas (idade, género e escolaridade do pessoal) (*Quadro IV.3*).

Desagregando o índice pelos quatro principais agrupamentos de actividade, constata-se que há diferenças muito significativas entre eles ( $p < .001$ ): I. Indústria transformadora pesada (D). Energia (E). Construção (F) (0.70) (n=76) ; II. Indústria transformadora ligeira (D). (0.70) (n=73); III. Comércio (G). Turismo (H) (0.58) (n=62); IV. Outros serviços (=0.51) (n=48).

Quadro IV.3 – Índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST por atributo sociodemográfico ou técnico-organizacional (n=259)

Atributo	Situação	Sim	Não	p
Lista da Exame 500/97		0.70 (n=90)	0.60 (n=127)	***
Multinacional		0.71 (n=66)	0.61 (n=193)	***
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)		0.68 (n=147)	0.59 (n=112)	***
Grande empresa (≥ 7,5 milhões de contos de vendas)		0.71 (n=90)	0.61 (n=153)	***
Sector produtivo		0.70 (n=149)	0.55 (n=110)	***
Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT)		0.63 (n=170)	0.66 (n=89)	n.s.
Fundação depois de 1973		0.61 (n=89)	0.66 (n=161)	n.s.
Respondente representando a linha hierárquica		0.63 (n=227)	0.67 (n=32)	n.s.
Mais de 50% de homens		0.65 (n=185)	0.61 (n=55)	n.s.
Mais de 50% de pessoal c/ menos de 9 anos de escolaridade		0.65 (n=141)	0.65 (n=88)	n.s.
Mais de 50% ou mais de pessoal c/ 40 ou mais anos de idade		0.64 (n=127)	0.66 (n=103)	n.s.
Mais de 50% de colarinhos azuis		0.68 (n=136)	0.62 (n=86)	*
30% ou mais de pessoal sindicalizado		0.68 (n=100)	0.62 (n=82)	*
Exportação		0.71 (n=122)	0.57 (n=134)	***
Modernização tecnológica		0.69 (n=151)	0.57 (n=108)	***
Qualificação do posto de trabalho		0.70 (n=109)	0.61 (n=137)	***
Modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho		0.71 (n=101)	0.60 (n=144)	***
Certificação da qualidade		0.72 (n=107)	0.58 (n=152)	***
Estilo de gestão democrático ou participativo		0.75 (n=122)	0.54 (n=137)	***
Serviços de SH&ST		0.65 (n=247)	0.33 (n=12)	***
Serviço interno de SH&ST		0.69 (n=136)	0.61 (n=111)	**
Equipa de saúde ocupacional de tipo III ou IV		0.73 (n=130)	0.57 (n=113)	***
Comissão (paritária) de SH&ST		0.75 (n=94)	0.58 (n=163)	***
Representante eleito para a SH&ST		0.72 (n=41)	0.63 (n=216)	**
Comissão de Trabalhadores		0.71 (n=49)	0.63 (n=208)	**
Delegado/Comissão sindical		0.71 (n=40)	0.63 (n=217)	*

\*\*\* p < .001 \*\* p < .01 \*p < .05

A partir do índice 5/15 (*Oportunidades de participação efectiva e concreta dos trabalhadores no domínio da SH&ST*) e do índice 11/15 (*Os trabalhadores e/ou seus representantes são, no mínimo, consultados nas fases de planeamento e de implementação das actividades de saúde*), apurou-se que 47% (n=122) das empresas têm um *estilo de gestão democrático ou participativo*, enquanto as restantes (n=137) tendem a ser *autocráticas ou autoritárias*.

Estas últimas têm um índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho muito mais baixo (.50) (n=122) do que as outras (.61) (n=118) ( $p < .001$ ). O estilo de gestão é independente da dimensão (volume de emprego), do controlo accionista, do agrupamento de actividade principal e de outras variáveis de caracterização sociodemográfica (v.g., escolaridade superior a 9 anos) e técnico-organizacional (v.g., serviço interno de SH&ST).

As multinacionais (n=66) tendem a ter um estilo de gestão mais democrático ou participativo do que as empresas nacionais (n=193). As diferenças são significativas ao nível de  $p < .05$  mas a associação é muito fraca.

#### 4.7. Políticas, programas e actividades de saúde

##### 4.7.1. Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho (C1.A)

Todos os respondentes (menos um) indicaram uma ou mais actividades, realizadas ou em curso, no domínio da *Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho*, incluindo as empresas (n=12) que declararam não ter serviços de SH&ST à data da inquirição (*Figura C1.A.1*).

As três actividades de tipo A mais frequentes eram a *distribuição de EPI* (79%), a *prevenção dos acidentes de trabalho* (61%) e a *prevenção do ruído* (59%). Pelo contrário, nas três últimas posições figuravam *outras actividades*, não especificadas (2%), a *automatização de operações perigosas* (19%), e o *design/decoração de interiores* (24%).

Quanto a iniciativas visando a *melhoria do ambiente físico de trabalho*, podia constatar-se o seguinte: pouco mais de metade dos respondentes realizavam (ou tinham em curso) acções de melhoria da *ventilação* (57%), da *iluminação* (54%) e do *conforto térmico / climatização* (50%). Por sua vez, a melhoria dos *espaços de trabalho individuais* foi referida por menos de 41%.

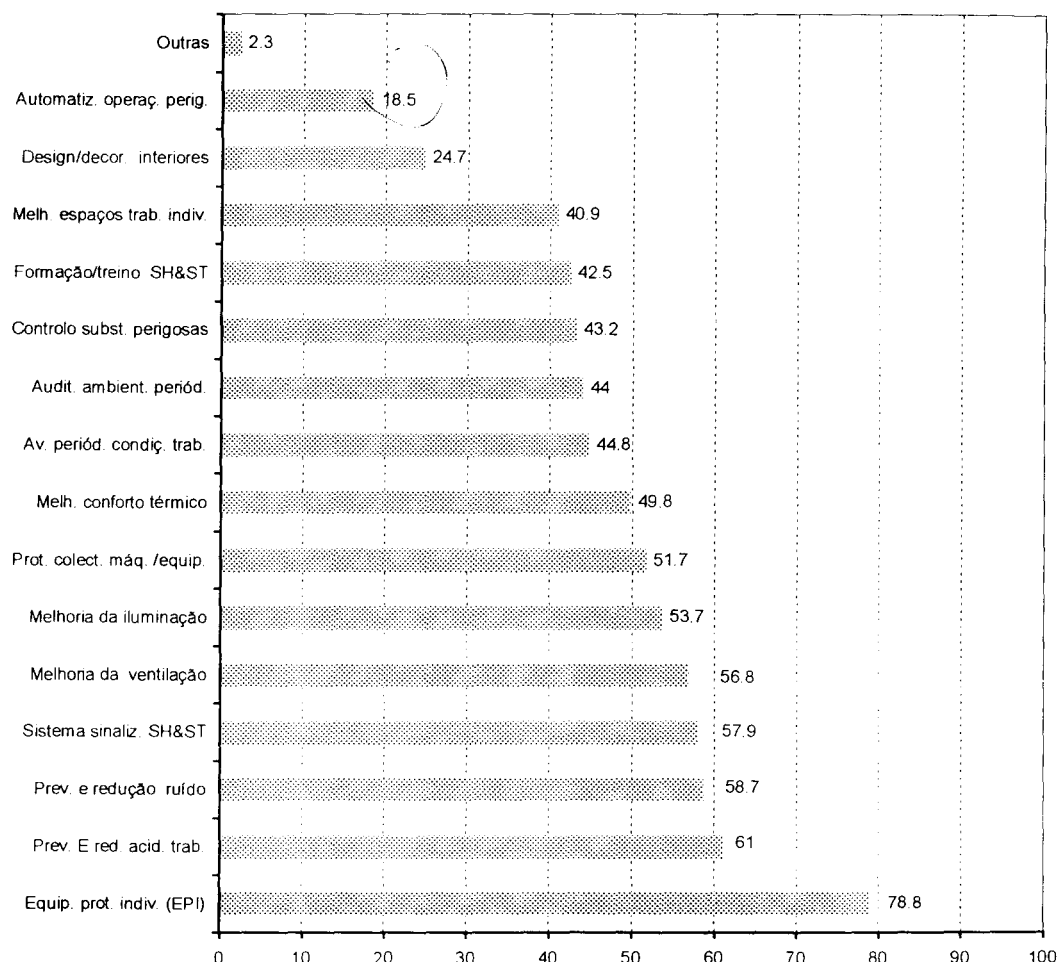
Relativamente baixa era a existência, obrigatória por lei, de *sistemas de sinalização de SH&ST* (58%). Por outro lado, apenas quatro em cada dez empresas tinham levado a cabo acções de *formação e treino* no domínio da SH&ST (42%), incluindo actividades como a constituição, a formação e o treino de equipas de primeiros socorros e de luta contra incêndios e outras situações de emergência.

Menos de metade da amostra declarou que fazia, com periodicidade, *avaliação das condições de trabalho* (45%), *auditorias ambientais* (44%) e *controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* (43%).

A ocorrência de actividades de tipo A tende a ser mais frequente nas empresas do sector *produtivo* do que nas empresas de *serviços*. As diferenças entre as frequências observadas e esperadas, por agrupamento de actividade económica, são quase sempre muito significativas (*Quadro C1.A.1*).

Além de muito significativa a diferença entre as frequências observadas e esperadas ( $p < .001$ ), a associação também é moderada ( $\phi > .40$ ) no caso de actividades como a *distribuição do EPI*, a *prevenção do ruído* ou a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*. Actividades como o sistema de sinalização de SH&ST, a *prevenção/redução dos acidentes de trabalho*, a *avaliação periódica das condições de trabalho*, as *auditorias ambientais periódicas*, a *automatização de operações perigosas* ou a *formação em SH&ST* também são mais frequentes nos agrupamentos de actividade económica I e II (sector produtivo) do que nos restantes (III e IV), que agregam as empresas do sector terciário ( $p < .001$ ).

Figura C1A.1 - Iniciativas de tipo A (Higiene e Segurança no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho)  
(n=259) (%)



Programas onde não há diferenças estatisticamente significativas por sector económico ou onde a associação é muita fraca ou fraca, são claramente os que dizem respeito à *melhoria de parâmetros do ambiente físico de trabalho*, tais como: conforto térmico/climatização, ventilação, iluminação, espaços de trabalho individuais, *design*/decoração de interiores.

A *modalidade de serviço de SH&ST* também está relacionada com a frequência de certas actividades de tipo A. Assim, nas empresas com serviços internos, há actividades que são mais prováveis do que nas restantes: é o caso, por ex., do *controlo de substâncias tóxicas* ( $p < .001$ ), da *redução/prevenção do ruído* ( $p = .001$ ), da *protecção colectiva de máquinas e equipamentos* ( $p < .01$ ), das *auditorias ambientais periódicas* ( $p < .01$ ), bem como do *sistema de sinalização* e da *formação/treino em SH&ST* ( $p < .05$ ). A associação todavia é muito fraca ou fraca ( $\phi < .30$ ).

Quadro C1A.1 — Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo A por agrupamento de actividade económica (n=259) (%)

Agrupamento de actividade económica	I. Ind. Pesada. Energia. Constru- ção (n=76) (a)	II. Indús- tria ligeira (n=73)	III. Comérc. Turismo e Transp. (n=62)	IV. Outros Serviços (n=48)	p
Políticas, Programas e Actividades de tipo A					
Equipamento de protecção individual (EPI)	97.4	89.0	64.5	52.1	< .001
Prevenção/redução dos acidentes de trabalho	76.3	69.9	56.5	29.2	< .001
Prevenção/redução do ruído	80.3	80.8	35.5	20.8	< .001
Sistema de sinalização de SH&ST	75.0	71.2	40.3	33.3	< .001
Melhoria da ventilação	56.6	71.2	50.0	43.8	< .05
Melhoria da iluminação	52.6	65.8	50.0	41.7	n.s.
Melhoria do conforto térmico / climatização	39.5	57.5	50.0	54.2	n.s.
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos	71.1	74.0	29.0	16.7	< .001
Avaliação periódica das condições de trabalho	55.3	50.7	43.5	20.9	.001
Auditorias ambientais periódicas	60.5	54.8	29.0	19.1	< .001
Controlo de substâncias tóxicas/perigosas	60.5	52.1	27.4	22.9	< .001
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	36.8	38.4	37.1	56.3	n.s.
Formação/treino em SH&ST	60.5	52.1	29.0	16.7	< .001
Design / decoração de interiores	17.1	21.9	35.5	27.1	n.s.
Automatização de operações perigosas	23.7	37.0	4.8	0.0	< .001

(a) Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Outros minerais não metálicos (DI), Máquinas e equipamentos, n.e. (DK), Material de transporte (DM)

A *dimensão da empresa*, medida pelo volume de emprego, é outro atributo sociodemográfico que está relacionado com a prevalência: por exemplo, nas empresas com 250 ou mais trabalhadores (GE) (n=147), a generalidade das políticas, programas e actividades de tipo A são significativamente mais frequentes do que nas PME (< 250 ) (n=112), com destaque para a *prevenção e redução do ruído*, a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*, a *formação e treino em SH&ST*, o *controlo de substâncias tóxicas ou perigosas* ou as *auditorias ambientais periódicas*. As diferenças são muito significativas a nível de  $p < .001$ .

Também há diferenças entre empresas certificadas e não certificadas no que diz respeito à prevalência da maior parte das políticas, programas e actividades de tipo A. As empresas do sector produtivo, certificadas, distinguem-se das restantes (do mesmo sector, mas não certificadas), por exemplo, em relação à *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*, à *automatização de operações perigosas*, à *melhoria do conforto térmico/climatização* e sobretudo à *formação em SH&ST*. As diferenças são estatisticamente significativas mas a associação tende a ser muita fraca ou fraca ( $\phi < .30$ ).

Também as empresas *multinacionais* (n=66), quando comparadas com as empresas *nacionais* (n=193), tendem a apresentar diferenças significativas relativamente à frequência de actividades como as *auditorias ambientais periódicas*, o *sistema de sinalização* e a *formação/treino em SH&ST* ( $p < .001$ ); ou ainda como a *avaliação periódica das condições de trabalho* ( $p = .001$ ) ou a *prevenção dos acidentes de trabalho* ( $p < .01$ ).

A prevalência de actividades como o *equipamento de protecção individual (EPI)*, a *prevenção/redução do ruído*, a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*, o *sistema de sinalização de SH&ST* ou o

*controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* é muito significativamente maior ( $p < .001$ ), como seria de esperar, nas empresas que identificam como principais factores de risco os de natureza *física, química e/ou biológica*.

Quadro C1A.2— Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo A e tipologia do perfil da equipa de saúde (n=243) (%)

Tipologia do perfil da equipa de saúde	Tipo I (MT) (n=48)	Tipo II (MT +1) (n=65)	Tipo III (MT +2) (n=58)	Tipo IV (MT +3, 4 ou 5) (n=72)	p
Políticas, Programas e Actividades de tipo A					
Equipamento de protecção individual (EPI)	54.2	75.4	93.1	90.3	< .001
Prevenção/redução dos acidentes de trabalho	29.2	56.9	67.2	87.5	< .001
Prevenção/redução do ruído	33.3	49.2	65.5	90.3	< .001
Sistema de sinalização de SH&ST	25.0	52.3	69.0	86.1	< .001
Melhoria da ventilação	41.7	43.1	70.7	75.0	< .001
Melhoria da iluminação	43.8	47.7	56.9	70.8	< .05
Melhoria do conforto térmico / climatização	56.3	40.0	44.8	60.6	n.s.
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos	27.1	35.4	69.0	75.0	< .001
Avaliação periódica das condições de trabalho	18.8	41.5	53.4	65.3	< .001
Auditorias ambientais periódicas	8.3	30.8	60.3	72.2	< .001
Controlo de substâncias tóxicas/perigosas	8.3	24.6	67.2	69.4	< .001
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	52.1	40.0	34.5	41.7	n.s.
Formação/treino em SH&ST	20.8	40.0	46.6	65.3	< .001
Design / decoração de interiores	27.1	18.5	29.3	23.6	n.s.
Automatização de operações perigosas	6.3	7.7	25.9	34.7	< .001

Observações: Tipo I (Médico do trabalho), Tipo II (Médico do trabalho mais outro técnico ou especialista de H&ST, enfermeiro ou clínico geral), Tipo III (Médico do trabalho mais dois: técnico ou especialista de H&ST, enfermeiro, clínico geral, outro especialista médico ou outro profissional de saúde), Tipo IV (Médico do trabalho mais três, quatro ou cinco: técnico ou especialista de H&ST, enfermeiro, clínico geral, outro especialista médico ou outro profissional de saúde).

Algumas actividades de tipo A também são mais prováveis nas empresas incluídas na *lista da Exame 500/97*, não tanto por serem as *melhores* como sobretudo por serem as *maiores* (e pertencerem ao sector produtivo): é o caso, por exemplo da *formação/treino em SH&ST* ( $p < .001$ ) ou da *avaliação periódica das condições de trabalho* ( $p = .001$ ).

A existência de políticas, programas e actividades de tipo A está também associada à existência de *técnico ou especialista de SH&ST*. As diferenças tendem a ser estatisticamente muito significativas, com excepção das actividades de melhoria do ambiente físico de trabalho (v.g., ventilação, iluminação, conforto térmico). A maior ou menor prevalência de políticas, programas e actividades de tipo A depende, em larga medida, do *perfil da equipa de saúde*, ou melhor, do número de valências ou especialidades existentes no serviço de SH&ST (*Quadro C1A.2*). As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação tende a ser moderada ( $V$  de Cramer  $\leq .45$ ).

De um modo geral, estas actividades são muito tradicionais, não estando relacionadas com a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. A excepção vai para a melhoria de parâmetros como a iluminação ( $p < .01$ ), o conforto térmico ( $p < .01$ ) ou a formação em SH&ST ( $p < .05$ ), os quais são mais prováveis em empresas menos taylorizadas.

A existência de programas de tipo A está associada à integração do sistema de gestão da SH&ST. Com excepção de dois (design/decoração de interiores e melhoria dos espaços individuais), estes programas são sempre mais prováveis nas empresas com maiores índices de integração ( $p < .001$ ).

#### **4.7.2. Avaliação de Saúde / Vigilância Médica / Prestação de cuidados de saúde (C1.B)**

Os *exames médicos, periódicos e não-periódicos*, efectuados no âmbito da medicina do trabalho, constituem de longe a actividade de saúde mais frequente nas nossas empresas. De facto, eles são assinalados por cerca de 95% dos inquiridos. Desses exames destacam-se os de *vigilância periódica, abrangendo a totalidade do pessoal* (83%), os quais são obrigatórios por lei (*Figura C1B.1*).

Em terceiro lugar surgem os *exames iniciais e ocasionais* (por ex., por motivo de selecção ou de regresso ao trabalho) (67%). Os exames de vigilância médica periódica, abrangendo especificamente *grupos de risco*, surgem apenas em 6º lugar na lista: a sua existência é referida por 44% das empresas. Quanto aos exames de vigilância médica periódica, destinados explicitamente a *pessoal dirigente e quadros* da empresa ou estabelecimento, eles são citados apenas por um quarto dos respondentes.

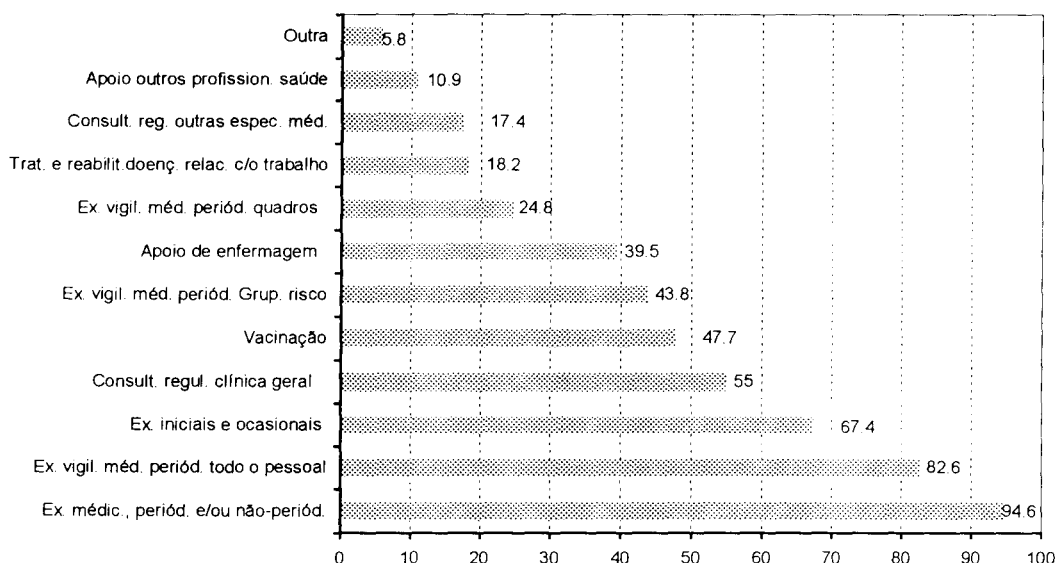
Tradicionalmente mais ligadas à chamada medicina curativa, as *consultas regulares de clínica geral* são referidas por mais de metade dos inquiridos (55%). Em 5º e 7º lugar, respectivamente, aparecem os programas de *vacinação* (48%) e o apoio de *pessoal de enfermagem* (39%).

Por seu turno, as actividades *menos frequentes* são, por ordem decrescente: (i) o *tratamento e reabilitação de doenças relacionadas com o trabalho* (por ex., lesões músculo-esqueléticas) (18%); (ii) as *consultas regulares de outras especialidades médicas*, para além da medicina do trabalho e da clínica geral (por ex., dermatologia, fisioterapia, ortopedia, psiquiatria) (17%); e (iii) o *apoio de outros profissionais de saúde*, para além do pessoal médico e de enfermagem (por ex., fisioterapeuta, psicólogo clínico, técnico de serviço social) (11%).

A existência de *consultas regulares de clínica geral* está, por sua vez, relacionada com a existência de *pessoal de enfermagem*. As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ), e a associação é fraca a moderada, sugerindo uma subordinação da enfermagem à clínica geral (ou, pelo menos, a sua associação aos chamados serviços de medicina curativa) (*Quadro C1B.1*).



Figura C1B.1 - Iniciativas de tipo B (Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde) (n=259)



Quadro C1B.1 — Consultas regulares de clínica geral e pessoal de enfermagem (n=259)(%)

Pessoal de enfermagem		Sim	Não
Consulta regular de clínica geral			
Sim		76.7	41.0
Não		23.3	59.0
Total		N=103	N=156

p &lt; .001

A existência de *programas de vacinação* (contra o tétano, a hepatite, a gripe ou outra doença) está associada à existência de *pessoal de enfermagem*. A associação é moderada ( $p < .001$ ;  $\phi > .40$ ) (Quadro C1B.2). O mesmo se passa com a existência de *médico de clínica geral* ou, pelo menos, de *consultas regulares de clínica geral* ( $p < .001$ ) (Quadro C1B.3).

De um modo geral, pode dizer-se que as actividades de tipo B mais típicas ou comuns (*exames de vigilância médica, periódicos ou não periódicos*, obrigatórios por lei) são independentes da modalidade de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (internos ou externos). Onde existem diferenças, e muito significativas é em relação à existência de *consultas de clínica geral*, de *programas de vacinação* e de *pessoal de enfermagem* e à realização de *exames de vigilância médica periódica de grupos de risco*. A associação é, todavia, fraca ( $p < .001$ ;  $\phi < .30$ ).

Quadro C1B.2 — Existência de programa de vacinação e pessoal de enfermagem (n=259)(%)

Pessoal de enfermagem	Sim	Não
Programa de vacinação		
Sim	74.8	30.1
Não	25.2	69.9
Total	N=103	N=156

p < .001

Quadro C1B.3 — Existência de programa de vacinação e consulta regular de clínica geral (n=259) (%)

Consulta regular de clínica geral	Sim	Não
Programa de vacinação		
Sim	63.6	28.4
Não	36.4	71.6
Total	N=143	N=116

p < .001

Também não há diferenças significativas, por sector económico (sector produtivo e sector de serviços), em relação à prevalência de alguns programas ou actividades de tipo B. É o caso, por exemplo, de: (i) *exames de vigilância médica periódica* de todo o pessoal; (ii) apoio de *outros profissionais de saúde*, para além do médico de trabalho, do médico de clínica geral, dos médicos de outras especialidades e do pessoal de enfermagem; ou (iii) *prevenção secundária e terciária* de doenças crónicas, degenerativas ou não, relacionadas com o trabalho. É nas empresas de serviços (excluindo *Comércio, turismo e transportes*) que se verifica a mais baixa prevalência das actividades de tipo B.

A prevalência de actividades de tipo B também difere consoante a dimensão da empresa (volume de emprego ou volume de negócio). A existência de certas actividades é mais provável nas empresas com 250 ou mais trabalhadores: é o caso, por exemplo, de (i) exames iniciais e ocasionais; (ii) vacinação; (iii) exames de vigilância médica periódica de grupos de risco; (iv) cuidados de enfermagem; (v) oferta de consultas regulares de outras especialidades médicas (para além da medicina do trabalho e da clínica geral); ou ainda do apoio de outros profissionais de saúde. As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ).

Grande parte destas diferenças confirmam-se quando se faz o teste do qui-quadrado para o cruzamento das actividades de tipo B com o *volume de negócios*. De facto, há actividades que são muito menos prováveis nas PME (< 7.5 milhões de contos), tais como, por exemplo, (i) exames iniciais e ocasionais; (ii) outras especialidades médicas; ou (iii) apoio de enfermagem ( $p < .001$ ). A existência de políticas, programas e actividades de tipo B também está sobretudo associada ao *perfil da equipa de saúde*. Em última análise, é a existência de *equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais* que poderá explicar a prevalência de iniciativas no domínio da *Avaliação de Saúde, Vigilância Médica e Prestação de Cuidados de Saúde* (B). Como se pode observar no *Quadro C1B.4*, as diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) e associação tende a ser moderada a forte (V de Cramer > .40).

Quadro C1B. 4 — Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo B e tipologia do perfil da equipa de saúde (n=243) (%)

Tipologia do perfil da equipa de saúde	Tipo I (MT) (n=48)	Tipo II (MT +1) (n=65)	Tipo III (MT +2) (n=58)	Tipo IV (MT +3, 4 ou 5) (n=72)	p
Políticas, Programas e Actividades de tipo B					
Exames médicos, periódicos e/ou não-periódicos	95.8	98.5	100.0	100.0	n.s.
Exames vigilância médica periód. todo pessoal	77.1	86.2	94.8	91.7	< .05
Exames iniciais e ocasionais	52.1	52.3	79.3	90.3	< .001
Consultas regulares de clínica geral	0.0	50.8	72.4	94.4	< .001
Vacinação (por ex., tétano, hepatite, gripe)	20.8	30.8	62.1	77.5	< .001
Exames vigilanc. méd. periód. de grupos de risco	20.8	33.8	55.2	69.4	< .001
Apoio de pessoal de enfermagem	0.0	10.8	51.7	91.5	< .001
Exames vigilância médica periódica dos quadros	14.6	13.8	22.4	50.0	< .001
Tratamento e reabilitação doenç. relac. c/ trabalho	6.3	6.2	19.0	41.7	< .001
Consultas regulares de outras especialid. médicas	0.0	0.0	8.6	56.9	< .001
Apoio de outros profissionais de saúde	0.0	0.0	3.4	36.6	< .001

De um modo geral, estas actividades, sendo obrigatórias por lei, não estão relacionadas com a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. A excepção vai para a existência de outras especialidades médicas (para além da medicina do trabalho e da clínica geral) ( $p < .01$ ) e de outros profissionais de saúde (para além dos médicos e enfermeiros) ( $p < .05$ ), os quais são mais prováveis em empresas menos taylorizadas.

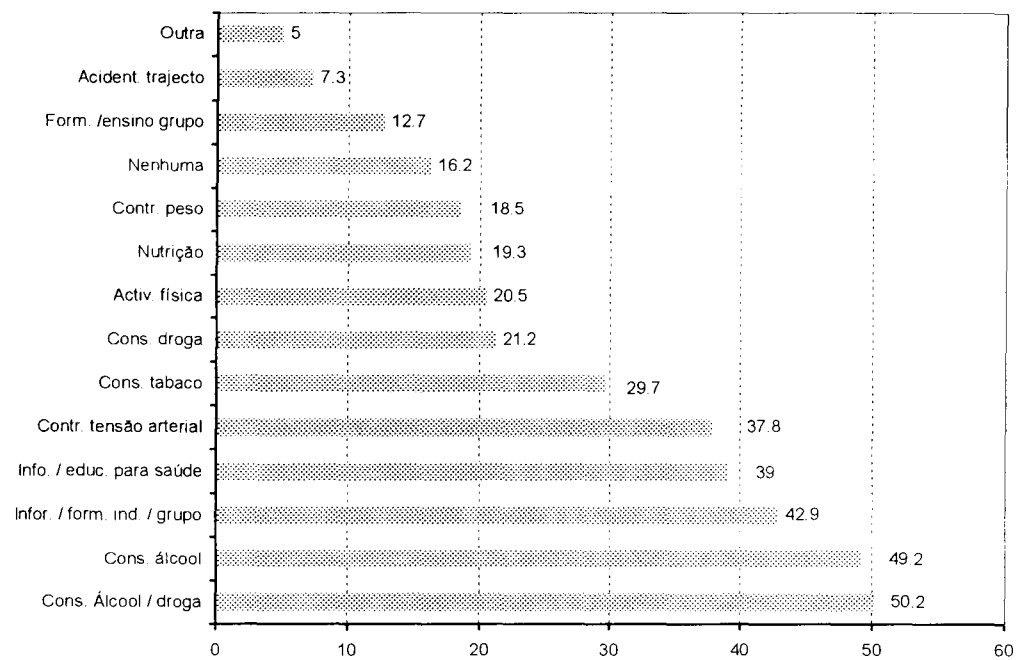
Também as actividades de tipo B, quando analisadas uma a uma, são mais prováveis nas empresas com maior índice de integração do seu sistema de gestão. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ). Onde essas diferenças são menos acentuadas é em relação à existência de *outros profissionais de saúde* ( $p < .01$ ).

#### 4.7.3. Prevenção de Comportamentos de Risco/ Promoção de Estilos de Vida Saudáveis (C1.C)

O *consumo de álcool* (49%), a *informação/educação para a saúde* (39%) e o *controlo da tensão arterial* (38%) são os três programas mais citados no domínio da prevenção dos comportamentos de risco e da promoção de estilos de vida saudáveis (*Figura C1C.1*).

Pelo contrário, os *menos frequentes* são os relacionados com os *acidentes de trajeto* (7%), a *formação/ensino de grupo* (13%) e o *controlo do peso* (18%). Políticas ou programas relacionados com o *consumo de tabaco*, a *actividade física*, a *nutrição* e o *consumo de droga* são reportados por uma minoria relativa de empresas (entre 30% e 20%). Cerca de 16% dos inquiridos (n=42) não mencionam, no entanto, a existência de *nenhuma actividade* de tipo C, sendo a maior parte deles (n=27) pertencentes ao sector terciário.

Figura C1C.1 - Políticas, programas ou actividades de tipo C (Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis) (n=259) (%)



Quadro C1C.1 — Consumo de álcool e consumo de droga (n=259) (%)

Consumo de álcool	Consumo de droga	
	Sim	Não
Sim	96.4	36.8
Não	3.7	63.3
Total	N=55	N=204

p < .001

Quadro C1C.2— Informação e formação em promoção da saúde (n=259) (%)

Informação/educação para a saúde	Formação/ensino de grupo	
	Sim	Não
Sim	69.7	34.5
Não	30.3	65.5
Total	N=33	N=226

p < .001

O programa do *consumo de álcool* está associado a outros programas afins como, por exemplo, o do *consumo de droga*. Estes dois programas específicos tendem a coexistir: onde existe um, existe o outro ( $p < .001$ ) (*Quadro C1C.1*). A associação entre eles é moderada ( $\phi = .49$ ), sendo justamente de salientar que uma em cada duas empresas (50%) menciona a existência de um programa de *prevenção e controlo do consumo de álcool e/ou de droga*.

Quatro em cada dez empresas também mantém algum tipo de *actividade informativa e/ou formativa* no domínio da prevenção de comportamentos de risco e da promoção de estilos de vida saudáveis (43%), quer essa actividade seja mais *dirigida ao indivíduo* (39%) quer seja mais *centrada no grupo* (13%). De qualquer modo, as actividades informativas são mais frequentes do que as formativas (*Quadro C1C.2*).

A prevalência de actividades de tipo C está, em grande parte, associada à *dimensão da empresa*, medida pelo volume de emprego. De facto, programas como o *consumo do álcool*, a *informação e educação para a saúde*, o *controlo da tensão arterial* ou a *nutrição* são mais prováveis de ocorrerem nas empresas de maior dimensão ( $p < .001$ ). Também em relação ao *tabaco* e à *droga* há diferenças significativas ( $p < .01$ ). Em qualquer dos casos, a associação entre a prevalência destas actividades e a dimensão da empresa é muito fraca ou fraca ( $\phi < .30$ ).

A prevalência de programas de prevenção e controlo dos *problemas do álcool no trabalho* está associada ao sector económico, sendo significativamente maior nas empresas do sector produtivo ( $p < .001$ ) e naquelas onde há uma *preocupação explícita com o consumo de álcool* enquanto problema de gestão ( $p < .001$ ).

É no *agrupamento 2*, que inclui as *Indústrias Extractivas* (C), *Electricidade, Gás e Água* (E), *Metalurgia de Base* (DJ), *Minerais Não-Metálicos* (DH/DI), a *Química e afins* (DF/DG), que se verifica a maior proporção de empresas com programas no domínio do *consumo de álcool* (64%). É também neste agrupamento que se verifica a mais elevada percentagem de respondentes manifestando preocupações com o *problema do álcool no local de trabalho* (63%), a seguir aos sectores da *Construção* (F) (69%) e dos *Transportes, armazenagem e comunicações* (I) (64%).

A prevalência de programas de *prevenção e controlo do consumo de tabaco* também está associada ao sector económico ( $p < .01$ ), e é significativamente maior ( $p < .001$ ) naquelas empresas onde há uma *preocupação explícita com o consumo de tabaco* enquanto problema de gestão ( $p < .001$ ).

Programas de *controlo da tensão arterial* e de *controlo do peso* são igualmente mais prováveis no sector produtivo do que nos serviços. Quanto às demais actividades de tipo C (consumo de droga, actividade física, nutrição, acidentes de trajecto, informação/educação para a saúde e formação/ensino de grupo) elas são independentes do *sector económico*.

As empresas que se preocupam com o problema com o uso e o abuso de substâncias ilícitas (Pergunta B4), são também aquelas onde é mais provável encontrar programas de *prevenção e controlo do consumo da droga* ( $p < .001$ ) (*Quadro C1C.3*). Pelo contrário, a prevalência de programas relacionados com *nutrição e actividade física* não está associada à preocupação explícita com a *alimentação desequilibrada* e a *falta de hábitos de exercício físico*, respectivamente.

Ainda em relação ao programa de *prevenção e controlo do tabagismo*, é de referir que ele constitui a única actividade de tipo C que está relacionada com a *nacionalidade*: de facto, é mais provável nas empresas multinacionais do que nas nacionais, embora a associação seja muito fraca ( $p < .05$ ;  $\phi < .20$ ).

Quadro C1C.3 — Programa de prevenção e controlo do consumo da droga e preocupação explícita com a toxicodependência (n=258) (%)

Preocupação explícita com a toxicodependência	Sim	Não
Prevenção e controlo do consumo de droga		
Sim	42.0	13.8
Não	58.0	86.2
Total	N=69	N=189

p < .000

O consumo do álcool, o controlo da tensão arterial, o consumo do tabaco e o controlo do peso são quatro das dez actividades de tipo C que são mais frequentes nas empresas com *serviços internos* de SH&ST ( $p \leq .001$ ). No caso mais concreto do álcool, a existência de programas de prevenção e controlo do respectivo consumo parece estar relacionada com a disponibilidade de pessoal de saúde, nomeadamente de recursos humanos na área da *enfermagem* e da *clínica geral* ( $p < .001$ ).

O programa de prevenção e controlo do consumo de álcool parece também estar relacionado com um programa de tipo A, a *redução e prevenção dos acidentes de trabalho* (Pergunta C1A); as diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ), embora o valor de *phi* ( $< .30$ ) aponte para uma associação relativamente fraca.

Tal como em relação às políticas, programas e actividades de tipo A e B, também aqui se pode concluir que é a existência de *equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais* (ou, pelo menos, de um leque diversificado de disciplinas e profissões na área da SH&ST) poderá explicar a prevalência de programas como o consumo de álcool, de droga ou de tabaco ou a nutrição, o exercício físico ou controlo da hipertensão. As diferenças tendem muito significativas ( $p < .001$ ), embora a associação não chegue a ser moderada (*V* de Cramer  $> .40$ ).

Com excepção do *exercício físico* ( $p < .01$ ) e do *controlo do peso* ( $p < .05$ ), as actividades de tipo C não estão relacionadas com a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. Em contrapartida, essas actividades, quando analisadas uma a uma, são mais prováveis nas empresas com maior índice de integração do seu sistema de gestão. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ). Onde essas diferenças são menos acentuadas é em relação à existência de programas como a *Informação/educação para a saúde*, o *consumo de droga* e a *prevenção de acidentes de trajeto* ( $p < .01$ ).

4.7.4. Intervenções a Nível Organizacional/Melhoria do Ambiente Psicossocial de Trabalho (C1.D)

Cerca de 86% (n=224) do total das empresas assinalaram a existência de uma ou mais actividades de tipo D. A *formação/treino em gestão de recursos humanos* (43%), a *reestruturação do trabalho* (37%) e a *formação em comportamento organizacional* (36%) surgem como as três actividades mais frequentes no domínio das intervenções a nível organizacional/melhoria do

ambiente psicossocial de trabalho (*Figura C1D.1*). Se se agregar a formação em gestão de recursos humanos (GRH) e a formação em gestão do comportamento organizacional (GCO), constata-se que as *actividades formativas* (no domínio das competências humanas e organizacionais) são referidas por metade (n=131) das empresas da amostra.

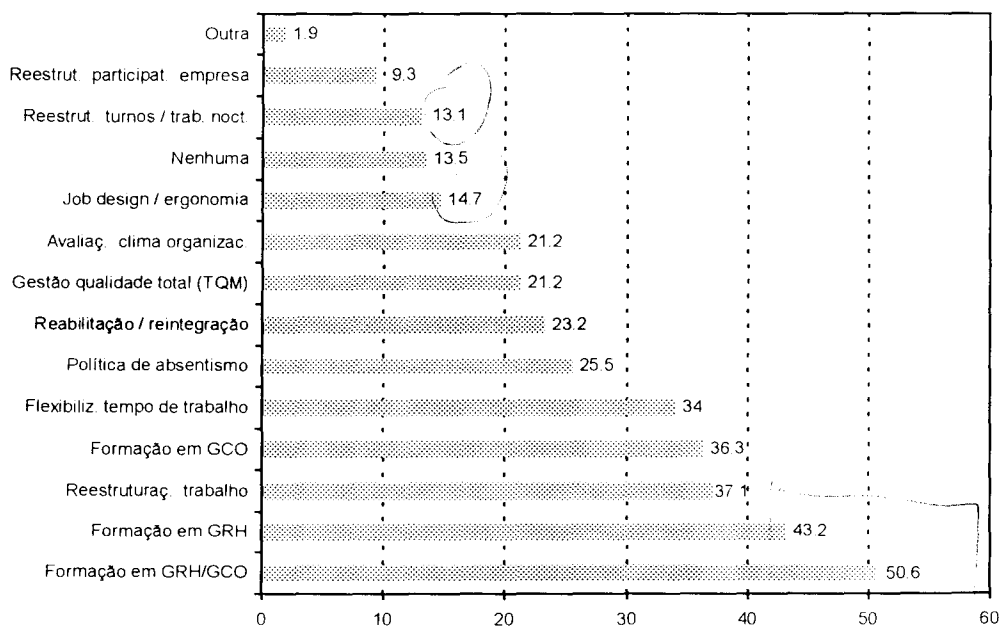
Quanto às três actividades de tipo D menos frequentes, cite-se: a *reestruturação participativa* da empresa (9%); a reestruturação do trabalho por *turno e/ou do trabalho nocturno* (13%); e o *job design/ergonomia* do posto de trabalho (15%).

Em cerca de um terço da amostra (34%) teria havido a preocupação de reestruturar de modo flexível o *tempo de trabalho* (v.g., horário, pausas, compensação por trabalho suplementar), procurando conciliar as necessidades e as preferências dos trabalhadores, o normativo legal e convencional bem como os constrangimentos da produção.

A existência de *políticas de absentismo* (com e sem incapacidade), orientadas para a prevenção das causas que lhe estão subjacentes, é apenas assinalada por um quarto dos respondentes, aparecendo em 5º lugar na lista das actividades de tipo D mais frequentes (25%).

As políticas de *reabilitação e reintegração de trabalhadores com incapacidade* são mencionadas por 23% dos inquiridos. Sensivelmente a mesma proporção (21%) indica a existência de experiências de *gestão da qualidade total (TQM)* e a realização periódica de *avaliação do clima organizacional*.

Figura C1D. 1 — Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho (n=259) (%)



Há diferenças estatisticamente significativas ou muito significativas entre as PME e as GE no que diz respeito à prevalência das seguintes actividades de tipo D: (i) formação/treino em gestão de recursos humanos e/ou comportamento organizacional ( $p < .001$ ); (ii) formação/treino em gestão de recursos humanos ( $p < .001$ ); (iii) formação/treino em gestão do comportamento organizacional ( $p = .001$ ); (iv) reabilitação/reintegração de trabalhadores c/ incapacidade de longa duração ( $p < .01$ ); (v) gestão da qualidade total (TQM) ( $p < .001$ ); (vi) *job design*/ergonomia do posto de trabalho ( $p < .05$ ). No entanto os valores de *phi* sugerem uma associação muito fraca ( $< .20$ ) ou fraca ( $< .30$ ) entre as intervenções de tipo D e a dimensão da empresa.

De um modo geral, a prevalência das actividades de tipo D, incluindo as formativas, são independentes do *sector económico*. Há, contudo, algumas diferenças estatisticamente significativas entre as empresas do sector produtivo e dos serviços no que respeita à prevalência de certas intervenções organizacionais. Refiro-me nomeadamente a: (i) *Gestão da qualidade total (TQM)* ( $p < .001$ ); (ii) *Política de absentismo* orientada para a prevenção das causas que lhe estão subjacentes ( $p < .01$ ); e (iii) *Reabilitação/reintegração* de trabalhadores com incapacidade de longa duração ( $p < .05$ ). Estas actividades são mais prováveis na indústria transformadora ligeira, embora a associação também seja fraca ou muito fraca.

Não se encontram diferenças significativas entre a formação em gestão do comportamento organizacional e os *investimentos feitos nas componentes materiais de trabalho*, com objectivos de racionalização, expansão, substituição, melhoria das condições de trabalho em geral ou das condições de SH&ST em particular. A haver associação é com a *gestão da qualidade total (TQM)*: as diferenças são muito significativas, embora a associação entre as duas variáveis seja fraca ( $p < .001$ ,  $phi = .29$ ).

Uma intervenção organizacional como a introdução do TQM (ou outras formas de participação directa na mudança organizacional) está relacionada com a tipologia das formas de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST (*P.B6*): de facto, o TQM é muito mais provável em (i) empresas de tipo III do que nas restantes (*Quadro C1D.1*). O mesmo é dizer nas empresas com um estilo de gestão democrático ou participativo ( $p < .001$ ).

Quadro C1D.1 —Gestão da qualidade total e tipologia das formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (n=257)(%)

Tipologia das formas de participação	I	II	III	IV
Gestão da qualidade total (TQM)				
Sim	10.0	12.7	41.8	2.1
Não	90.0	87.3	58.2	97.9
Total	N=40	N=71	N=98	N=48

Observações: I= Formas indirectas ou representacionais; II= Formas directas ou não representacionais;  
III= Formas indirectas e directas; IV= Nenhuma forma em especial.  
 $p < .001$

A *formação em gestão de recursos humanos* (por ex., destinada às chefias directas, encarregados, chefes de equipa, equipas de trabalho ou de projecto) está moderadamente associada à *formação em comportamento organizacional* (por ex., visando todo o pessoal de produção ou apenas uma parte) ( $p < .001$ ,  $phi = .56$ ) (*Quadro C1D.2*).



Uma e outra, por sua vez, estão associadas à *formação em SH&ST*. Ou seja: são actividades mais prováveis nas empresas que também se preocupam com a formação do seu pessoal na área mais específica da SH&ST (*Quadros C1D.3*) e que tendem a serem mais democráticas ou participativas ( $p < .01$ ).

Quanto à prevalência de *políticas de absentismo orientadas para a prevenção das suas causas*, está associada à percepção do *abuso da baixa por doença (P.B3)*, embora essa associação seja muito fraca ( $p < .05$ ;  $\phi < .20$ ).

Quadro C1D.2 — Formação em comportamento organizacional e formação em gestão de recursos humanos (n=259) (%)

Formação em comportamento organizacional	Sim	Não
Formação em gestão de recursos humanos		
Sim	79.8	22.4
Não	34.8	87.6
Total	N=94	N=165

$p < .001$

Quadro C1D.3 — Formação em competências humanas e/ou organizacionais e formação em SH&ST (n=259) (%)

Formação em SH&ST	Sim	Não
Formação em competências humanas e/ou organizacionais		
Sim	73.6	33.6
Não	26.4	66.4
Total	N=110	N=149

$p < .001$

Quadro C1D.4 — Actividades de tipo D e índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=245)

Existência	Sim	Índice de modernização	Não	Índice de modernização	p (*)
Form. compet. humanas e/ou organizac. (a)	124	61	121	49	< .001
Formação/treino em GRH	106	62	139	50	< .001
Reestruturação do trabalho	93	61	152	52	< .01
Formação/treino em comport. organizacional	90	63	155	51	< .001
Flexibilização do tempo de trabalho	84	57	161	54	n.s.
Política de absentismo	66	59	179	54	n.s.
Reabilitação/reintegração	58	60	187	53	n.s.
Avaliação periódica do clima organizacional	51	60	194	54	n.s.
Gestão da Qualidade Total (TQM)	54	62	191	53	< .05
Job design / Ergonomia do posto de trabalho	37	65	208	53	< .01
Reestruturação turnos / trabalho nocturno	33	53	212	55	n.s.
Reestruturação participativa da empresa	21	62	224	54	n.s.

(a) Gestão de recursos humanos e/ou comportamento organizacional

A *concepção ergonómica do posto de trabalho* bem como de outros componentes materiais do trabalho (máquinas, equipamentos, ferramentas, *layout* de produção, etc.) ainda é uma preocupação pouco frequente nas nossas empresas. No caso da nossa amostra, foi referida apenas por menos de 15% da amostra. Todavia, ela não é exclusiva do sector produtivo.

É de referir, por fim, que a maior ou menor prevalência de políticas, programas e actividades de tipo D também está relacionada com (i) o tipo predominante de *equipa de saúde*; e com (ii) a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (*Quadro C1D.4*).

A existência de actividades de tipo D, quando analisadas uma a uma, é mais provável nas empresas com maior índice de integração do seu sistema de gestão. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ).

#### 4.7.5. Actividades e programas sociais e de bem-estar (C1.E)

As três actividades *mais frequentes* neste domínio são: (i) as *instalações para o pessoal* (por ex., vestiário, balneário, sala de repouso, refeitório) (75%); (ii) o *apoio a actividades recreativas e culturais / festas e convívios* (61%); (iii) a *protecção social complementar* (52%) (*Figura C1E.1*).

Quanto às três actividades menos usuais, refira-se os *programas de assistência não-clínica/grupos de auto-ajuda* (1%); a *formação/treino em gestão do stress* (8%); e as *outras formas de acção social complementar* (9%). Ainda abaixo do limiar dos 10%, registe-se os programas de *aconselhamento psicológico/ assistência sociofamiliar* (por ex., serviço social ocupacional).

Menos de 19% da amostra declara ter *infraestruturas no (ou junto ao) local de trabalho* com vista à prática de actividade física. Um delas (uma PME têxtil, da Região Centro) refere explicitamente ter “piscina de água aquecida, campo de futebol e campo de ténis” (sic). Menos de um terço oferece *transportes* ao pessoal (por ex., casa/trabalho/casa). Por sua vez, 44% das empresas incluem na lista dos programas e actividades de tipo E o *boletim/jornal/outras formas de comunicação* (por ex., circuito interno de vídeo, painel temático mensal).

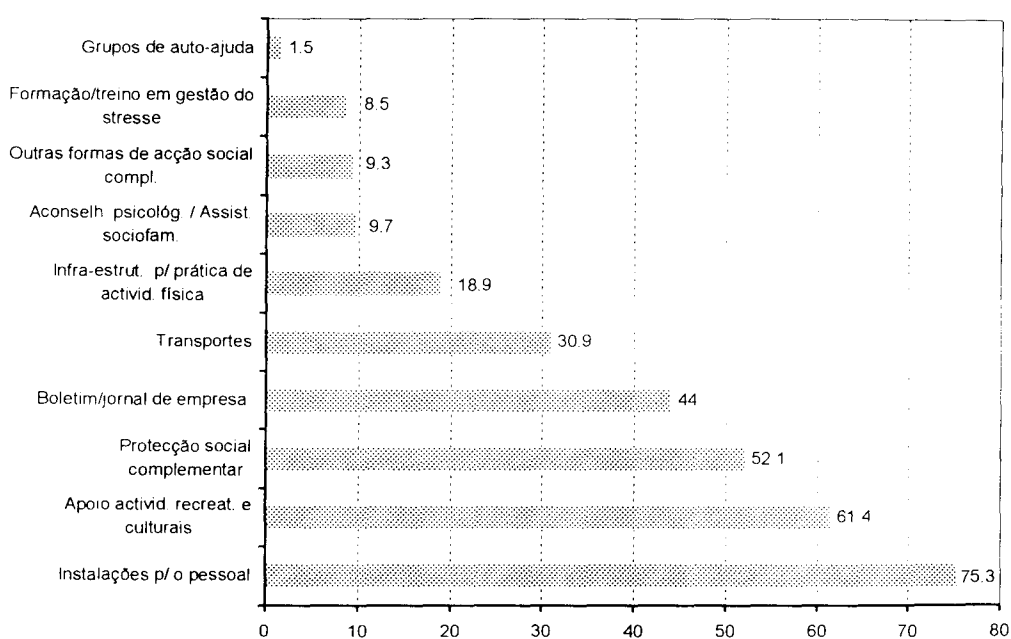
De um modo geral a prevalências das actividade de tipo E não está associada ao *sector económico* nem à *dimensão da empresa*. No entanto, é mais frequente encontrar, nas empresas do sector produtivo, *instalações para o pessoal* ( $p < .001$ ) ou outras iniciativas como os *transportes* ( $p < .01$ ) ou a *formação em gestão do stress* ( $p < .05$ ). Por outro lado, a associação entre estas duas variáveis é fraca ou muito fraca ( $\phi \leq .30$ ).

A proporção de empresas com *instalações para o pessoal* varia entre os 86% nas empresas do agrupamento II (*Indústria Ligeira*) e os 52% no caso do agrupamento IV (*Outros Serviços*) ( $p < .001$ ). Em princípio estas instalações têm uma maior ou menor componente de saúde (visando, por exemplo, o conforto e o bem-estar do pessoal), para além da sua função utilitária (caso do refeitório, da sala de convívio, do vestiário, etc.).

O *transporte de pessoal*, de casa para o trabalho e vice-versa, tem maior expressão nas empresas da *Construção* (CAE F) (56%), e é menos usual nas empresas dos sectores J e K (13%). Em contrapartida, é nestes dois sectores (que inclui a banca, os seguros, as imobiliárias e os serviços prestados às empresas) que há mais empregadores (32%) a disponibilizarem *infraestruturas para a prática de actividade física*, no próprio local de trabalho ou nas suas proximidades.

É nas empresas com 250 ou mais trabalhadores (GE) que vamos encontrar, com maior probabilidade: (i) *instalações para o pessoal* ( $p = .01$ ); (ii) *apoio a actividades recreativas e culturais* ( $p < .01$ ); (iii) *boletim ou jornal de empresa* ( $p < .001$ ); (iv) *infra-estruturas para a prática de desporto* ( $p < .05$ ); e (v) *outras formas de acção social complementar* como a creche ou o jardim de infância ( $p = .001$ ) (*Quadro C1E.1*, em anexo).

Figura C1E 1- Actividades de tipo E (Actividades e programas sociais e de bem-estar) (n=259) (%)



Como já foi referido anteriormente, o *boletim/jornal de empresa* surge também como *uma das formas de participação dos trabalhadores* no domínio da SH&ST (Pergunta B6). Há diferenças muito significativas entre o boletim/jornal como *actividade de tipo E* e o boletim/jornal como *forma de participação* dos trabalhadores no domínio da SH&ST ( $p < .001$ ). Além disso, a associação entre as duas variáveis é moderada ( $\phi = .56$ ) (*Quadro C1E.2*).

Uma primeira leitura destes resultados sugere a seguinte interpretação: (i) pelo menos 114 respondentes (44%) editam um boletim ou jornal de empresa (ou utilizam outras formas de comunicação interna como a intranet); (ii) genericamente, estas iniciativas visam também, em maior ou menor grau, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, através da sua informação e formação em matéria de SH&ST, etc.; (iii) em todo o caso, apenas metade ( $n=59$ ) das

empresas que estão nestas condições, incentiva a participação dos seus trabalhadores no domínio da SH&ST, ou seja, utiliza o jornal ou boletim como meio de informação e de consulta (por ex., educação para a saúde, avaliação de necessidades, expectativas e preferências).

O *boletim/jornal de empresa* é a única actividade de tipo E que está associada à nacionalidade do capital, sendo muito mais provável a sua existência nas empresas de controlo accionista estrangeiro ( $p < .001$ ). Das 43 multinacionais que mencionam o *boletim/jornal de empresa* como actividade de tipo E, 27 são originárias da União europeia (63%). No entanto, há uma maior proporção relativa de multinacionais não-comunitárias, de origem europeia, americana ou asiática, que indicaram este tipo de iniciativa (16 em 22). As diferenças, em relação ao espaço de origem (comunitário ou não), não são porém estatisticamente significativas.

Quadro C1E. 2 — Boletim/jornal de empresa como actividade e como forma de participação no domínio da SH&ST (n=257) (%)

Boletim/jornal como forma de participação		Sim	Não
Boletim/jornal como actividade de tipo E			
Sim		96.6	28.8
Não		3.4	71.2
Total		N=59	N=198

$p < .001$

A existência de *infraestruturas para a prática de actividade física* no (ou junto ao) local de trabalho é independente da preocupação explícita com a *falta de hábitos de exercício físico* (P.B4). Também não se confunde com a existência de *instalações para o pessoal* (sala de repouso, sala de convívio, refeitório, vestiários, duche, etc.). Em contrapartida, está associada à existência de *programas de actividade física* (Pergunta C1C) ( $p < .001$ ).

A existência de *instalações para o pessoal* (refeitório, etc.) parece estar relacionada com a *preocupação explícita com a saúde nutricional* (Pergunta B4): as diferenças são significativas ( $p < .05$ ) mas a associação é muito fraca ( $\phi < .20$ ). Também é independente da existência de programas no domínio da *alimentação saudável* (Pergunta C1C).

Quanto à baixa frequência de programas como *a assistência não-clínica / grupos de auto-ajuda, a formação/treino em gestão do stresse* ou *aconselhamento psicológico / assistência sociofamiliar*, poderá ser eventualmente explicada pela falta de tradição, entre nós, da equipa de saúde ocupacional alargada (incluindo psicólogo clínico, assistente social e outros profissionais com formação na área das ciências sociais e humanas). Por outro lado, só mais recentemente é que começa a ser divulgada, entre nós, a metodologia dos *Employee assistance programmes*.

De um modo geral as actividades de tipo E também estão relacionadas com a integração do sistema de gestão da SH&ST ( $p < .001$ ).

#### 4.8. Número médio de actividades de saúde e índice de realização

O número total médio de políticas, programas e actividades de saúde é de 20.2 ( $IC\ 95\% = 18.9-21.5$ ;  $mediana=18$ ;  $d.p.=10.6$ ;  $mínimo=1$ ;  $máximo=51$ ) ( $n=259$ ). Numa escala de 0 a 1, este valor médio corresponde a um *índice de realização* de 0.33 (sendo 1 o valor correspondente ao potencial máximo total de 61 políticas, programas ou actividades possíveis, de A a E) (*Quadro C1.1*, em anexo).

O número total médio de programas ou actividades de tipo A (*Higiene e segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho*) é relativamente elevado: 7.3 ( $d.p.=3.8$ ). Neste caso o índice de realização é de 0.46, ou seja, menos de metade do potencial máximo total, representado pelo número de itens listados na pergunta C1A ( $n=16$ ).

O número médio de programas ou actividades de tipo B (*Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde*) é de 4.2 ( $d.p.=2.6$ ). O número de itens listados (pergunta C1B) é de 11, pelo que o índice de realização médio não ultrapassa o valor 0.40.

O número médio de políticas, programas e actividades de tipo C (*Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis*) é o mais baixo de todos: 2.6 ( $d.p.=2.3$ ) num máximo de 11, correspondendo a um índice de realização de 0.24.

Quanto ao número médio de actividades de tipo D (*Intervenções organizacionais / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho*), é de 2.8 ( $d.p.=2.4$ ) num máximo de 12 (Índice de realização: 0.24).

Por fim, e em relação aos *Programas sociais e de bem-estar* (E), a média é de 3.1 ( $d.p.=3.9$ ) num máximo de 11 (Índice de realização: 0.29).

O índice de realização tende a ser significativamente maior nas empresas multinacionais (*Figura C1.1*), nas empresas com um nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (*Figura C1.2*), no sector produtivo (*Figura C1.3*), nas empresas com serviços internos de SH&ST (*Figura C1.4*) e com equipas de tipo III (MT +2) e IV (MT + 3, 4 ou 5) (*Figura C1.5*), bem como nas empresas com maior nível de integração do sistema de gestão da SH&ST (*Figura C1.6*).

Figura C1.1 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e nacionalidade do capital (n=259)

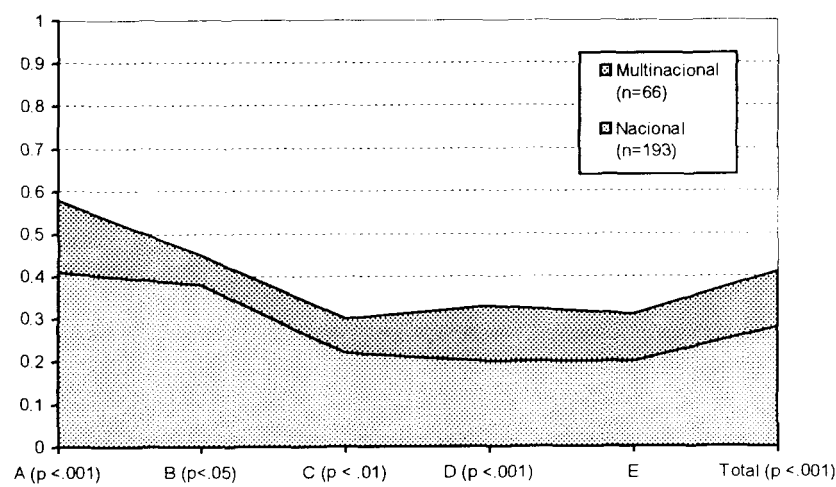


Figura C1.2 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=245)

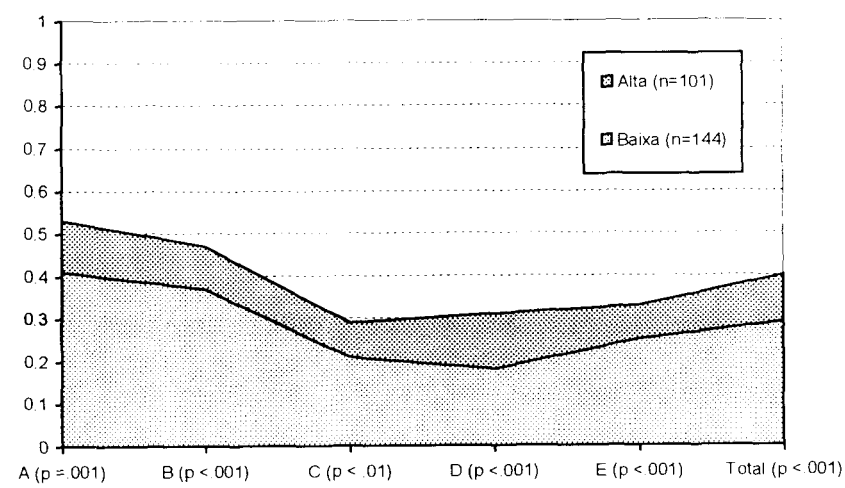


Figura C1.3 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e sector de actividade (n=259)

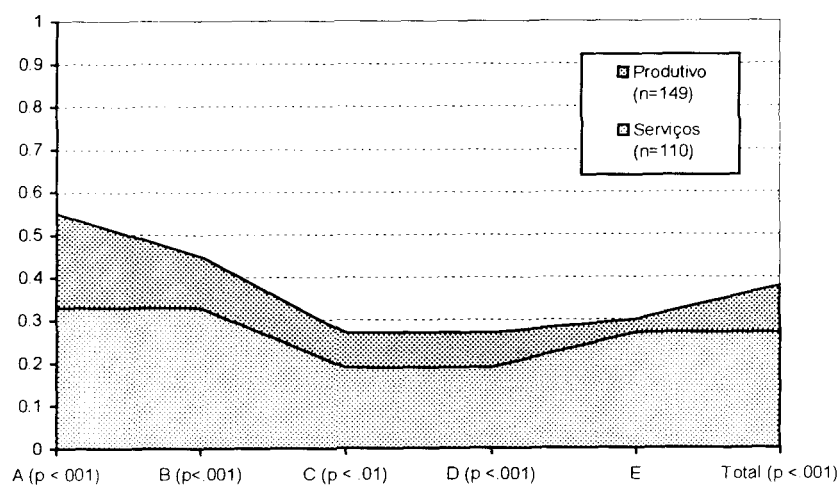


Figura C1.4 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e modalidade de serviços de SH&ST (n=247)

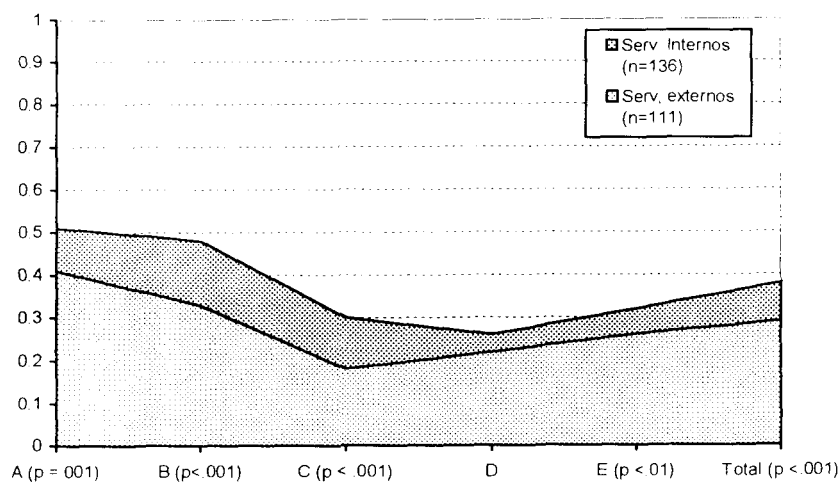


Figura C1.5 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e tipologia da equipa de saúde (n=243)

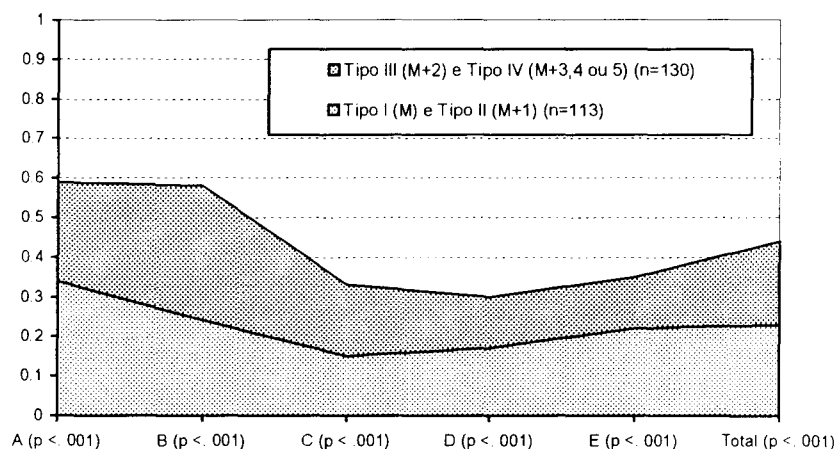
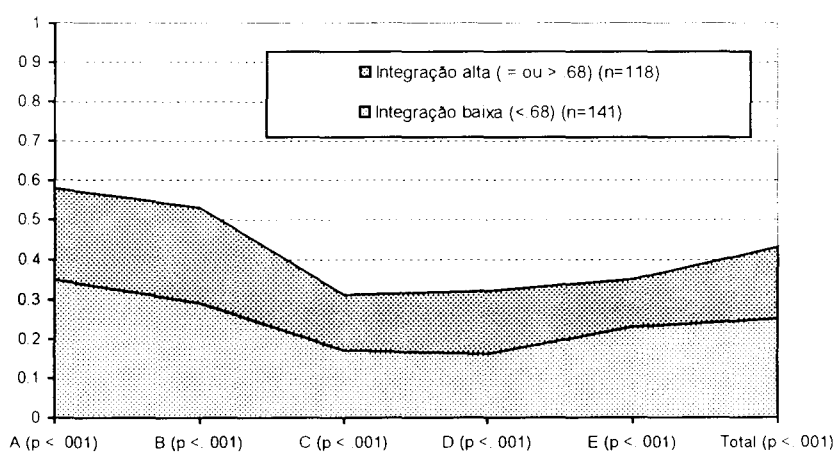


Figura C1.6 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)



No conjunto da amostra (n=257), as empresas mais activas são as das indústrias transformadoras, com destaque para o agrupamento 3, o da *Metalomecânica (DK)*, *Material Eléctrico e de Precisão (DL)* e *Equipamento de Transporte (DM)* (n=24), com um total médio de 27 actividades (índice de realização=0.62) (*Quadro C1.2*, em anexo).

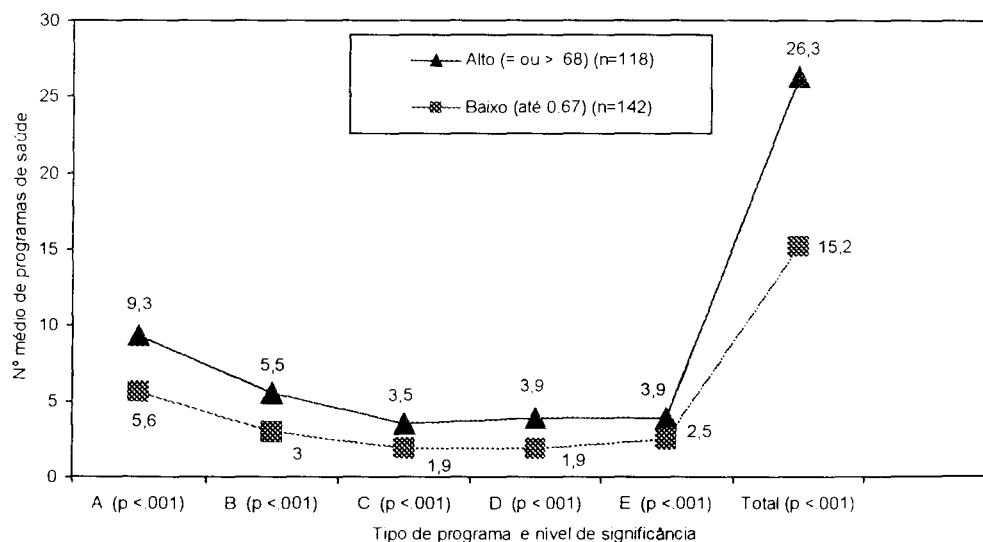


Em contrapartida, com um total médio de apenas 13 actividades, as empresas do agrupamento 8 (que inclui a banca, os seguros, as actividades imobiliárias e os serviços prestados às empresas) (n=31) são as menos activas (índice de realização=0.27).

As empresas com maior grau de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $> 0.67$ ) tendem também a ter um *número médio de actividades* de tipo A, B, C, D e E significativamente maior ( $p < .001$ ): por exemplo, o número médio total é de 26.3 actividades no grupo com maior índice de integração (n=118) contra 15.2 nas restantes empresas (n=141) (Figura C1.7). Há uma correlação positiva moderada entre o número médio total de actividades e o índice médio global de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $r = .63$ ;  $p < .001$ ). Por tipologia, esta correlação é menor no caso das actividades de tipo E ( $r = .41$ ;  $p < .001$ ) e maior no caso nas actividades de tipo A ( $r = .57$ ;  $p < .001$ ).

O número médio de actividades também difere muito significativamente ( $p < .001$ ) em função do perfil das equipas de saúde. As empresas que apresentam um *perfil de tipo IV* (existência de equipa pluridisciplinar e pluriprofissional, com quatro ou mais valências), registam, em média, quase três vezes mais actividades do que as empresas onde só existe o médico do trabalho (perfil de tipo I) (Quadro C1.3).

Figura C1.7 - N.º médio de programas de saúde por tipologia e grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)



Quadro C1.3 — N° total médio de actividades por perfil da equipa de saúde (n=241)

Programa	A	B	C	D	E	Total
Perfil da equipa de saúde						
Tipo I (MT) (n=48)	4.6	1.9	1.3	1.9	1.8	11.8
Tipo II (MT + 1) (n=53)	6.1	2.9	2.0	2.2	2.9	16.3
Tipo III (MT + 2) (n=68)	8.6	4.7	2.7	3.0	3.3	22.6
Tipo IV (MT + 3, 4 ou 5) (n=72)	10.1	7.2	4.5	4.1	4.4	30.5
Total (n=241)	7.6	4.4	2.8	2.9	3.2	20.2
p=	.000	.000	.000	.000	.000	.000

4.9. Índice global e específico de saúde

De um modo geral, as actividades acima referidas tendem a ser ditadas por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar dos colaboradores. A resposta à pergunta C2 era dada numa escala de 1 a 5. Recorde-se a configuração da escala: *de modo nenhum* visam a saúde (1); *só em pequena parte* (2); *em parte* (3); *em grande parte* (4); visam *exclusivamente* a saúde (5). (Quadro C2.1).

Quadro C2.1 — Distribuição das respostas à pergunta C2, por tipo de programa (%)

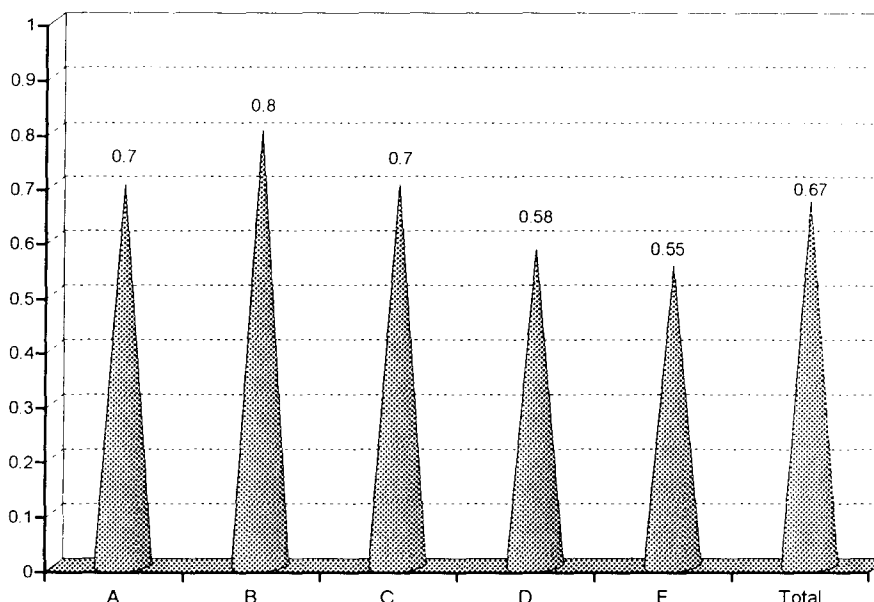
Programa	A	B	C	D	E
Escala					
De modo nenhum visam a saúde (1)	0.8	0.8	1.0	2.4	4.8
Só em pequena parte (2)	2.4	0.4	4.3	13.8	15.0
Em parte (3)	22.0	9.5	24.4	36.7	41.4
Em grande parte (4)	63.8	59.5	55.5	42.9	33.9
Visam exclusivamente a saúde (5)	11.0	29.8	14.8	4.3	4.8
Total	N=246	N=242	N=209	N=210	N=227

Embora em rigor a escala seja ordinal, os valores foram recodificados de modo a poderem ser tratados como se fossem uma escala de intervalo, indo de resto ao encontro de uma prática corrente em investigação sociológica (Labovitz, 1970, cit. por Bryman e Cramer, 1993: 83). O objectivo era elaborar um índice de saúde para cada um dos cinco grupos de actividades. O índice de saúde vai de 0.0 (*De modo nenhum visam a saúde*) a 1.0 (*Visam exclusivamente a saúde*).

Criou-se, além disso, uma variável nova, o *índice global de saúde*, combinando os cinco *índices específicos de saúde* (A, B, C, D, E) (Figura C2.1). Feito o teste de *alfa de Cronbach* (Bryman e Cramer, 1993), verifica-se que o conjunto da escala, composta pelos cinco índices de saúde, tinha uma boa consistência ou *fidelidade interna* (0.78).

Nenhum destes seis índices tem uma distribuição normal (*Quadro C2.2*, em anexo). Vejamos, no entanto, como se comportam os índices correspondentes a cada um dos cinco tipos principais de actividades que são mais frequentes nos nossos locais de trabalho, agrupadas por categorias (A, B, C, D, E).

Figura C2.1 — Índice médio de saúde, por grupo de programas



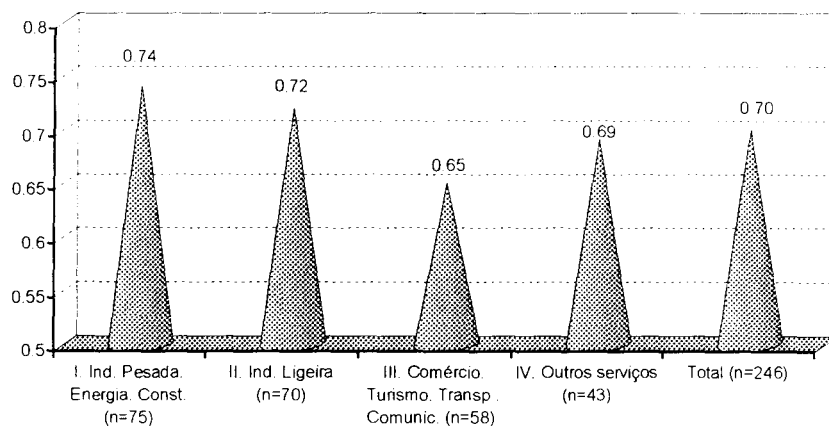
Cerca de 75% dos respondentes declararam que as políticas, programas e actividades de tipo A, visavam *exclusivamente* (11%) ou *em grande parte* (64%) a saúde dos trabalhadores (*Quadro C2.1*). Ou seja, pela sua natureza, a maior parte das iniciativas neste domínio têm como objectivo a *prevenção* de riscos profissionais e a *protecção* da saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores: protecção *colectiva* (por ex., automatização de operações perigosas) mas também *individual* (por ex., distribuição de EPI). A pergunta só não é aplicável num caso, sendo os restantes casos omissos (n=12) relativos a não-respostas ou a respostas do tipo N/S.

A análise de variância também revela a existência de diferenças entre os quatro principais agrupamentos de actividade, relativamente ao índice médio de saúde A ( $p < .05$ ). Para a população (n=246), esse índice é de .70, sendo maior no agrupamento I (*Indústria Transformadora Pesada. Energia. Construção*) (n=75) (.74) e menor no agrupamento III (*Comércio. Turismo. Transportes e Comunicações*) (n=58) (.65) (*Figura C2.2*).

O índice médio de saúde A (tal os restantes, B, C, D e E) não difere em função da *nacionalidade* do capital, da *certificação* da qualidade, da *dimensão* (volume de emprego e de negócios), da *região* (NUT II), da *antiguidade* ou de outras variáveis de caracterização como a *modalidade de serviços* de SH&ST.

Menos de um terço dos respondentes (30%) declararam que as actividades de tipo B visavam *exclusivamente* a saúde. Em contrapartida, para 60% estas actividades visavam *em grande parte* mas não exclusivamente a saúde (*Quadro C2.1*). Entretanto, 9 não tinham actividades de tipo B, enquanto 8 responderam *Não sabe* (N/S).

Figura C2.2 — Índice médio de saúde, por agrupamento de actividade principal (n=246)



A análise de variância não revela a existência de diferenças entre os quatro principais agrupamentos de actividade, relativamente ao índice médio de saúde B (bem como aos restantes, C, D e E).

Apenas uma minoria de respondentes (15%) declara que as actividades de tipo C visam *exclusivamente* a saúde. Em contrapartida, para 55% dos respondentes, estas actividades visam *em grande parte* a saúde dos trabalhadores da empresa (ou estabelecimento). Em 40 casos, a pergunta não é aplicável, uma vez que não foi referida na resposta à pergunta C1 a existência de políticas, programas e actividades visando a prevenção de comportamentos de risco e/ou promoção de estilos de vida saudáveis. Por sua vez, 10 inquiridos não souberam responder à pergunta. Quanto às actividades de tipo D e E, são claramente as que menos visam a saúde dos colaboradores (*Quadro C2.1*).

Há uma correlação positiva entre o índice médio global de saúde e o índice de integração do sistema de gestão da SH&ST. Embora fraca ( $r < .30$ ), essa correlação é significativa ao nível de significância de  $p = 0.01$  (*p bicaudal*).

As empresas com maior grau de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $> 0.67$ ) tendem também a ter um maior índice de saúde (*Figura C2.3*). Os índices específicos e o índice global de saúde não diferem em função das principais características sociodemográficas ou técnico-organizacionais tais como, por ex., o género, o grupo etário, a escolaridade, a região (NUT II), a dimensão, a certificação da qualidade, a nacionalidade, o controlo accionista, o período de fundação, o grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho ou a modalidade de serviços de SH&ST. Em contrapartida, há diferenças a ter em conta, no que diz respeito aos índices A, B e C, em função do cargo do respondente: o pessoal dos serviços de SH&ST (*staff*) tende a valorizar o índice de saúde (*Figura C2.4*).

Figura C2.3 - Índice médio de saúde por tipologia e por grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=246)

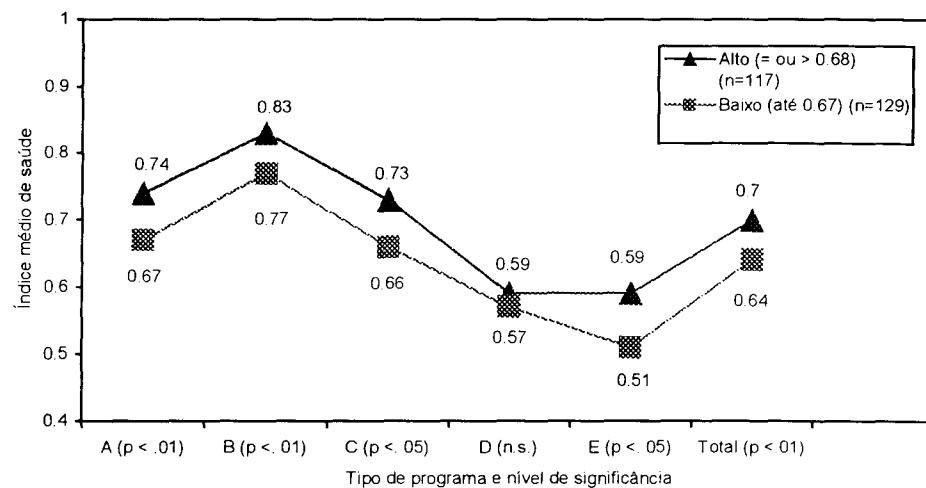
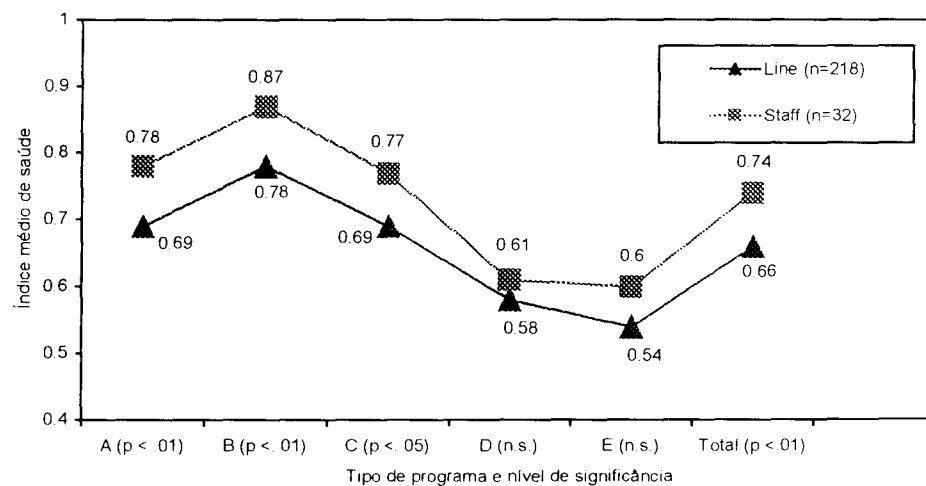


Figura C2.4 - Índice médio de saúde por tipologia e por cargo ou função do respondente (n=240)



#### 4.10. Processo de desenvolvimento da política de saúde

##### 4.10.1. Envolvimento dos actores (D2)

Na pergunta D2 do questionário era pedido ao respondente que, utilizando uma escala de 1 (*Mínimo*) a 5 (*Máximo*), classificasse o *grau de envolvimento* dos diferentes sectores da empresa (ou estabelecimento) em cada uma destas quatro fases do ciclo de vida das políticas, programas ou actividades de saúde: (i) ideia inicial ou concepção; (ii) planeamento; (iii) implementação; e, por fim, (iv) avaliação. O somatório destes quatro índices dá um índice global.

A pergunta, de resposta múltipla, previa oito categorias de actores com um papel potencialmente activo na gestão do sistema de SH&ST: (i) a administração/direcção (ou gestão de topo), (ii) a direcção de recursos humanos, (iii) o médico do trabalho, (iv) o técnico ou especialista de S&HT, (v) os representantes dos trabalhadores (v.g., representantes eleitos para a SH&ST, delegados sindicais, Comissão de Trabalhadores), (vi) a Comissão (paritária) de SH&ST, (vii) a equipa de saúde e, por fim, (viii) o consultor externo.

A escala tinha os seguintes graus: *Muito pouco ou quase nenhum* envolvimento (1); *Pouco* (2); *Assim-assim, nem pouco nem bastante* (3); *Bastante* (4); *Muito ou muitíssimo* envolvimento (5). Aplicada às diferentes fases do ciclo de vida das políticas, programas e actividades e aos diferentes actores do processo, foi considerada como uma escala de múltiplos itens e tratada estatisticamente como uma escala de intervalo. O *alfa de Cronbach* revela, entretanto, uma boa consistência interna (valor próximo de ou superior a 0.80).

Vou apresentar, a seguir, o grau de envolvimento dos diferentes actores, a partir de dois indicadores: (i) a frequência relativa e (ii) a média. Convirá chamar a atenção para o facto de a pergunta D2 ter sido uma das questões que mais dificuldades de resposta levantaram, daí o número elevado de não-respondentes ou de respostas eventualmente incompletas ( $n=50$ ) (*Quadro D2.1*).

As empresas não-respondentes são sobretudo as de serviços, com destaque para o agrupamento 4 (*Outros serviços*, CAE I a CAE O). As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p=.001$ ). São também empresas com um baixo nível de integração do sistema de gestão da SH&ST (índice  $<.50$ ) ( $p <.001$ ). Não há, porém, diferenças entre respondentes e não-respondentes no que diz respeito à modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho.

Sendo a *Pergunta D2* de resposta múltipla, e representando cada categoria assinalada um actor com um grau de envolvimento  $\geq 1$ , este era considerado automaticamente como tendo um *papel minimamente activo* na gestão do sistema de SH&ST.

Mais de metade dos respondentes (54%) assinalou até um máximo de 4 categorias de resposta. As combinações mais frequentes, ocorrendo em mais de metade das empresas que responderam à pergunta D2 ( $n=209$ ), foram as seguintes: (i) médico do trabalho (MT) +

administração / direcção (ADM) (81%); (ii) director de recursos humanos (DRH) + ADM (77%); e (iii) DRH + MT (73%).

Com frequências entre 50% e 35% há várias combinações a assinalar: (iv) técnico de segurança e higiene do trabalho (TS&HT) + MT (47%); (v) TS&HT + ADM (46%); (vi) TS&HT + DRH (43%); (vii) representantes do pessoal (PES) + ADM (43%); (viii) PES + MT (41%); (ix) DRH + PES (40%).

Quadro D2.1 – Repartição das respostas à Pergunta D2: Actores com um papel minimamente activo na gestão do sistema de saúde no trabalho (n=209) (a) e grau de consistência da escala

Actor c/ um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST	Nº	%	Alfa de Cronbach (b)
Administração/direcção	196	93.8	.73
Médico do trabalho	181	86.6	.82
Director de pessoal	170	81.3	.82
Técnico ou especialista de S&HT	104	49.8	.81
Representante dos trabalhadores	95	45.4	.89
Comissão paritária de SH&ST	75	35.9	.82
Equipa de saúde	57	27.3	.84
Consultor externo	39	18.7	.74

(a) Há 50 casos omissos (b) Escala: De 1 (Mínimo) a 5 (Máximo)

Todas as demais combinações estão abaixo dos 35%: (x) comissão de SH&ST (CSH&ST) + MT (33%); (xi) CSH&ST + ADM (33%); (xii) CSH&ST + DRH (30%) ou ainda (xiii) equipa de saúde (EQUIPA) + MT (26%).

Nas empresas onde há *equipas de saúde* (ou, pelo menos, duas ou mais valências ou profissões, para além da medicina do trabalho) também há, em média, um maior número de actores envolvidos na gestão do sistema de SH&ST: (i) o número médio de actores (representando a empresa, o pessoal e os profissionais de SH&ST e com um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST) é de 5.5 e 4.9, respectivamente, nas empresas com um perfil de tipo III (MT + 2) (n=43) e IV (MT + 3, 4 ou 5) (n=65); (ii) em contrapartida, nas empresas com um perfil de tipo I (MT) e II (MT + 1), em que portanto não existe equipa de saúde, esse valor é significativamente mais baixo: 2.9 (n=35) e 4.1 (n=56), respectivamente ( $p < .001$ ).

Na *Figura D2.1* pode comparar-se envolvimento médio global dos vários actores no sistema de gestão da SH&ST, que vai de 2.5 (representantes do pessoal a 3.9 (técnico de S&HT). O maior protagonismo vai para (i) os representantes da empresa ou o *line* (a hierarquia da empresa, representada pela administração/direcção, pelo director de pessoal e outros) e para (ii) o *staff*, neste caso os profissionais de SH&ST (médico do trabalho, técnico de segurança e higiene do trabalho, equipa de saúde). Repare-se que o papel dos representantes dos trabalhadores só é referido em 95 casos.

Como seria de esperar, a *administração/direcção* da empresa ou estabelecimento (n=196) tem sobretudo maior envolvimento na fase inicial dos projectos (3.9). O envolvimento da gestão de topo tende a decrescer na fase de planeamento e de implementação para voltar a subir na fase final de avaliação (*Figura D2.2*).

O *director de recursos humanos* (n=170), por seu turno, tende a ter uma participação mais equilibrada e continuada do que a gestão de topo num domínio que, de resto, é (ou tem sido) tradicionalmente da sua área de competência ou de influência: entre 3.6 e 4 (*Figura D2.3*).

Figura D2. 1 — Média do envolvimento global dos diferentes actores na gestão do sistema de SH&ST (n=209)

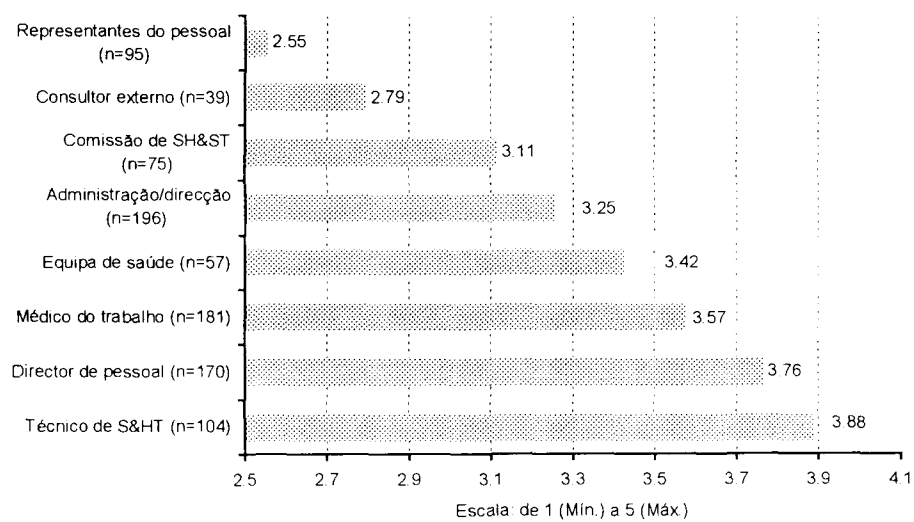


Figura D2. 2 — Média do envolvimento da administração/direcção nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=196)

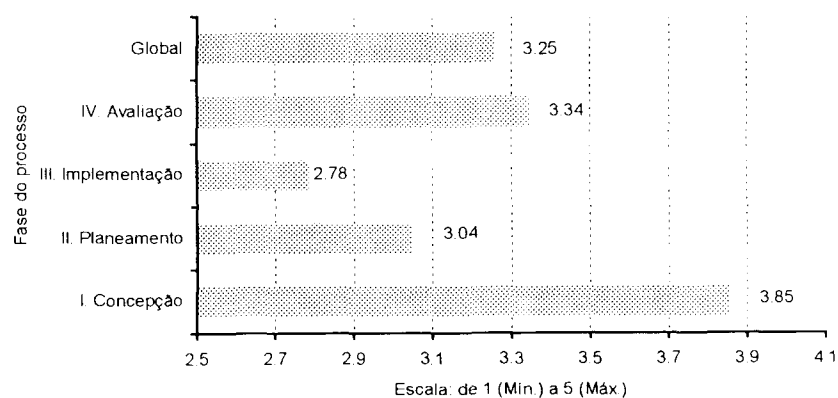
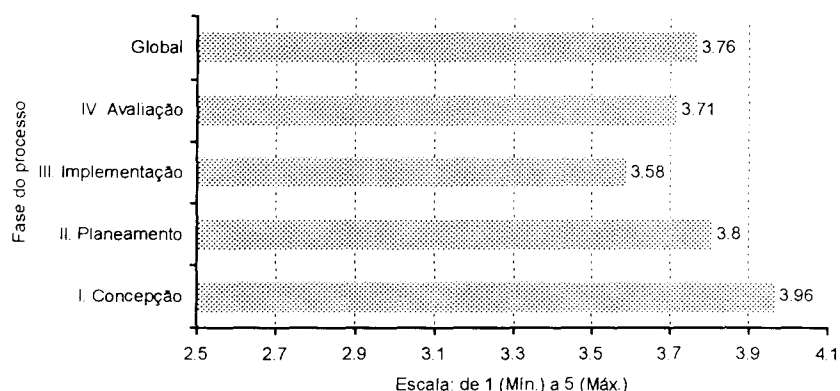




Figura D2.3 — Média do envolvimento do director de recursos humanos nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=170)



Em termos gerais, o envolvimento do *médico do trabalho* (n=181) é inferior ao do DRH e da própria administração/direcção, em particular nas fases I (Ideia inicial/Concepção) e II (Planeamento) dos projectos. O seu protagonismo tende a ser maior nas fases III (Implementação) e IV (Avaliação). Os valores variam entre 3.4 e 3.7 (Figura D2.4). O mesmo se pode dizer da *equipa de saúde* (entre 3.3 e 3.6). Todavia, ela é apenas referida por 57 respondentes (Figuras D2.5). Há diferenças muito significativas ( $p < .001$ ) entre as empresas que mencionam a participação da equipa de saúde na gestão dos projectos (n=57) e as que não mencionam (n=152), no que diz respeito ao índice de integração do sistema de gestão da SH&ST (.76 e .64, respectivamente).

Figura D2.4 — Média do envolvimento do médico do trabalho nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=181)

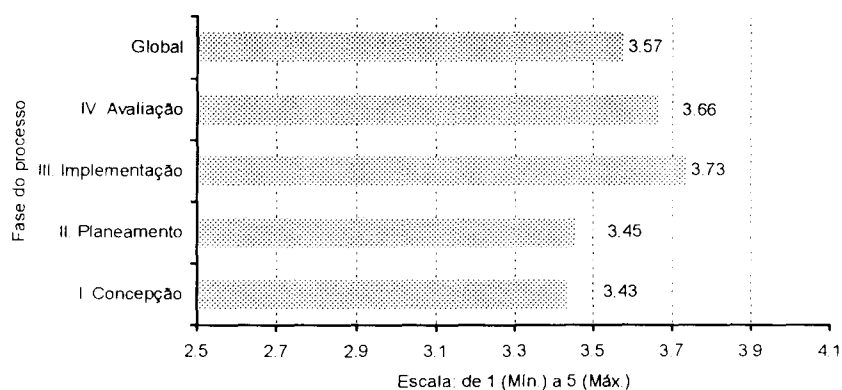
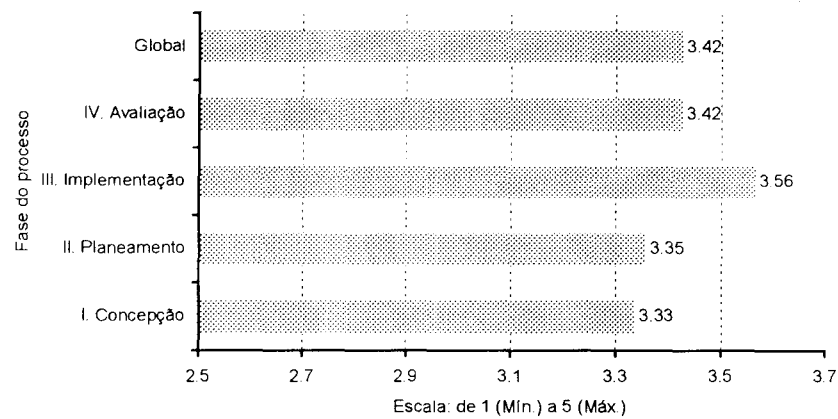
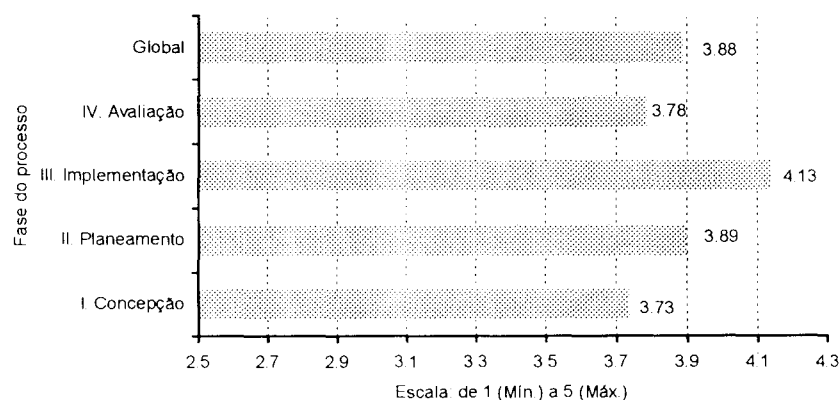


Figura D2. 5 — Média do envolvimento da equipa de saúde nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=57)

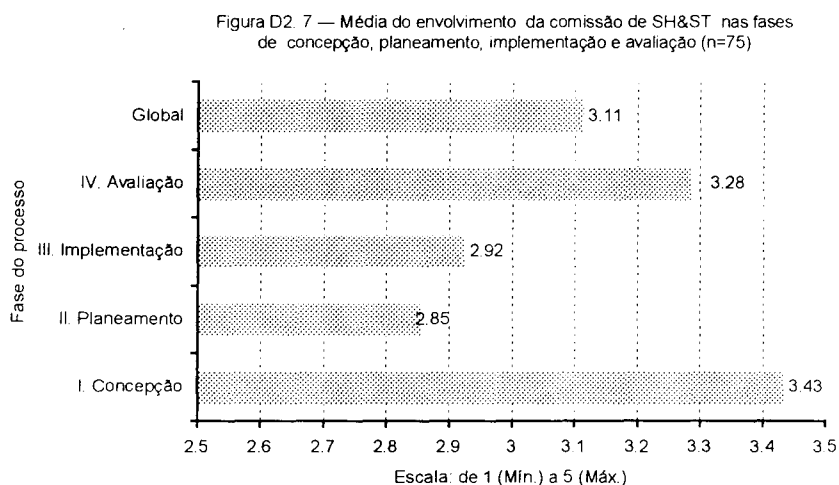


Dos respondentes que referiram o papel do técnico ou especialista de S&HT (n=104), mais de dois terços consideram que ele está bastante ou muito envolvido em todas as fases dos projectos, com destaque para a fase da Implementação (III). Os valores variam entre 3.7 e 4.1 (Figura D2.6). Em todo caso, a sua participação estará centrada exclusivamente ou em grande parte nos programas e actividades de tipo A (*Higiene e segurança no trabalho/ Melhoria do ambiente físico de trabalho*). As empresas em que o técnico de S&HT tem um papel minimamente activo (n=104) são também aquelas em que é maior o índice de integração do sistema de gestão da SH&ST (.74), com comparação com as restantes (.61) (n=105).

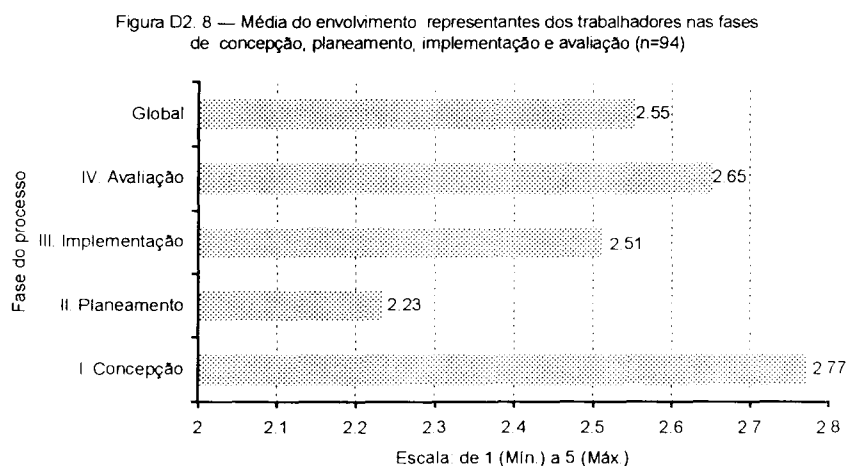
Figura D2. 6 — Média do envolvimento do técnico ou especialista de S&HT nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=104)



Quanto à *comissão paritária de SH&ST* – nas empresas em que existe esta estrutura de participação ou que a ela se referiram como tendo um papel minimamente activo ( $n=75$ ) –, tem o seu maior envolvimento na fase inicial e final dos projectos. Os valores variam entre 2.8 e 3.3 (Figura D2.7). As empresas em que esta estrutura de participação tem um papel minimamente activo ( $n=74$ ) são também aquelas em que é maior o índice de integração do sistema de gestão da SH&ST (.77), com comparação com as restantes (.62) ( $n=135$ ).



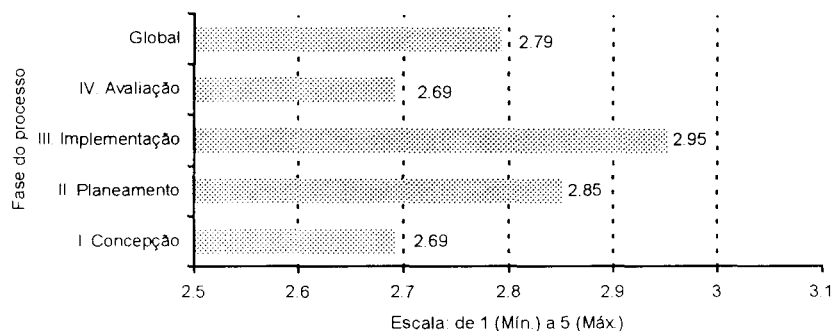
O grau de envolvimento mais baixo é, sem dúvida, o dos *representantes dos trabalhadores* ( $n=95$ ). Os valores variam entre 2.2 e 2.8, na escala de 1 (Mínimo) a 5 (Máximo) (Figura D2.8).



As empresas com *representantes dos trabalhadores* tendo um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST não são apenas as que têm (i) representantes do pessoal eleitos especificamente para a área da SH&ST ( $n=26$ ) ( $p < .001$ ), mas também as que têm (ii) *comissões de trabalhadores* ( $n=34$ ) ( $p < .001$ ), *delegais sindicais* ( $n=27$ ) ( $p < .001$ ) e/ou *comissões de SH&ST* ( $p < .001$ ). São, além disso, empresas com um índice de integração do sistema de gestão da SH&ST superior (.74) ( $n=95$ ) superior às restantes (.62) ( $n=114$ ) ( $p < .001$ ).

Apenas um número reduzido de empresas ( $n=39$ ) referiu a existência de *consultor externo* para a área da SH&ST. O seu envolvimento é baixo, variando entre 2.7 e 2.9 (*Figura D2.9*). O consultor externo não está associado às figuras do médico do trabalho, do médico de clínica geral, de outras especialidades médicas, do enfermeiro, do técnico ou especialista de H&ST ou de outros profissionais. É uma variável independente das características sociodemográficas e técnico-organizacionais das empresas (por ex., certificação da qualidade). A figura do consultor externo parece, no entanto, estar associada à existência de serviços externos de SH&ST ( $p < .05$ ).

Figura D2.9 — Média do envolvimento do consultor externo nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação ( $n=39$ )



Nas *Figuras D2.10 e D2.11* resume-se, no essencial, o que atrás ficou dito sobre o envolvimento dos diferentes actores no processo de desenvolvimento das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho. Os profissionais de SH&ST (médico do trabalho, técnico de S&HT, equipa de saúde, consultor externo) tendem a ter um envolvimento mais constante ao longo do ciclo de vida dos projectos, embora maior na fase III (Implementação). Pelo contrário, a hierarquia da empresa (administração / direcção e director de pessoal) bem como a comissão (paritária) tenderão a envolver-se mais na fase inicial dos projectos e, depois, na fase final (avaliação).

Em termos globais, o grau de envolvimento dos diferentes actores na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas e actividades de saúde no local de trabalho, medido numa escala de 1 (Mínimo) a 5 (Máximo) vai de 2.5 (para os representantes dos trabalhadores) até 3.9 (para o técnico ou especialista de H&ST).

Figura D2. 10— Grau médio de envolvimento do técnico de S&HT, do médico do trabalho, da equipa de saúde e do consultor externo no sistema de gestão da SH&ST

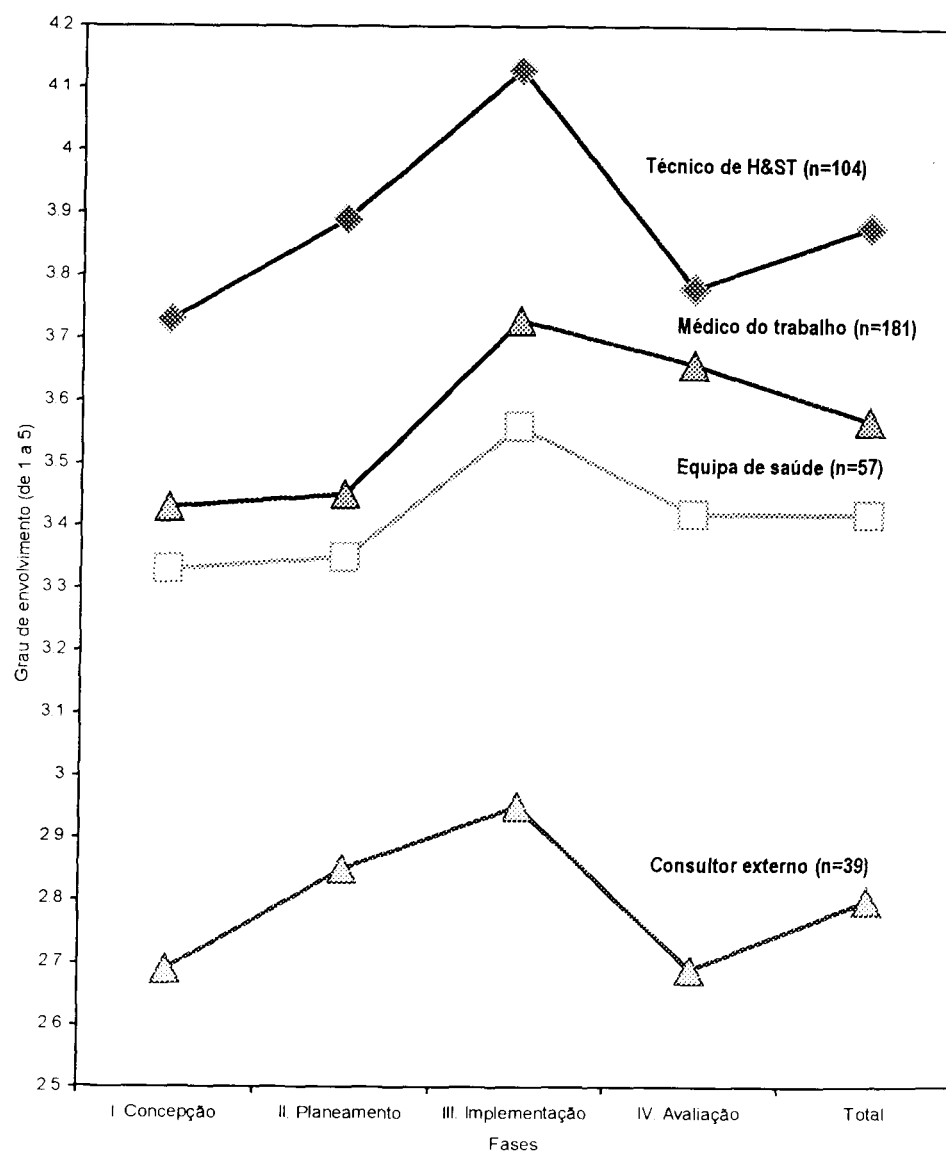
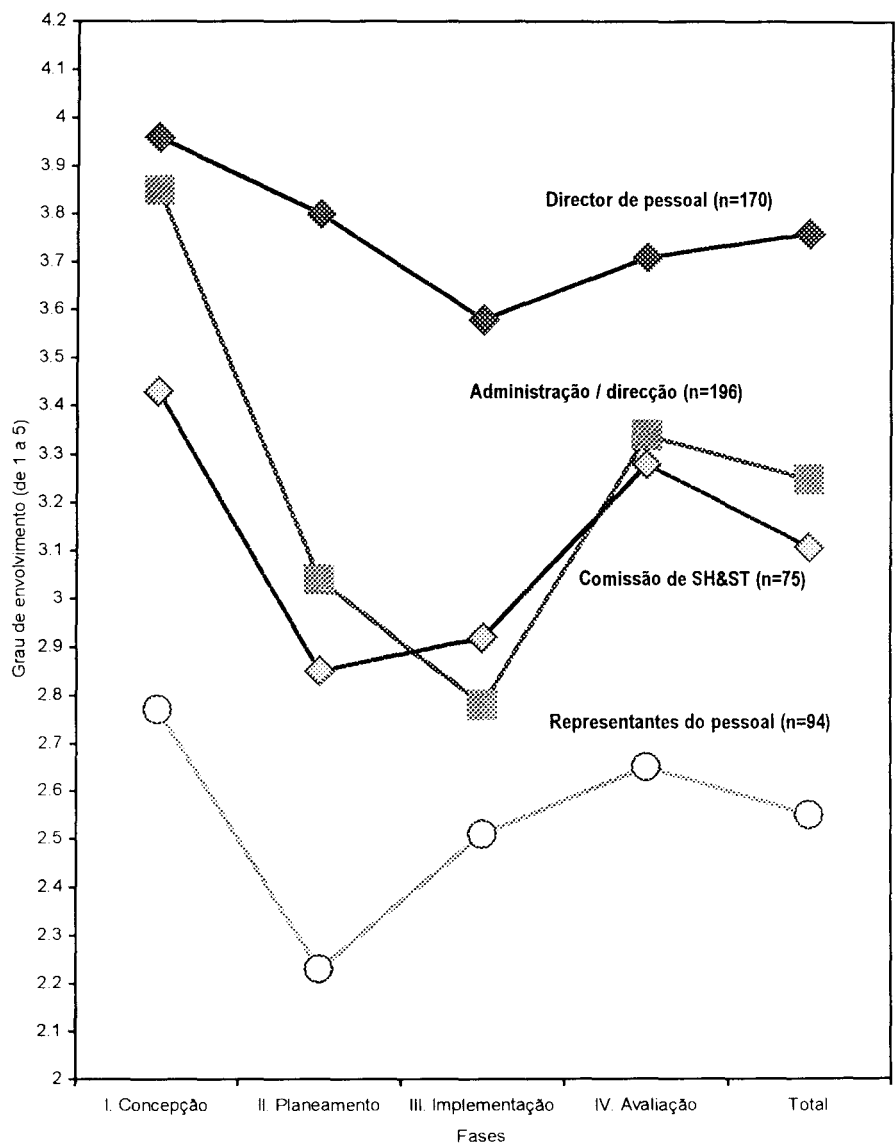
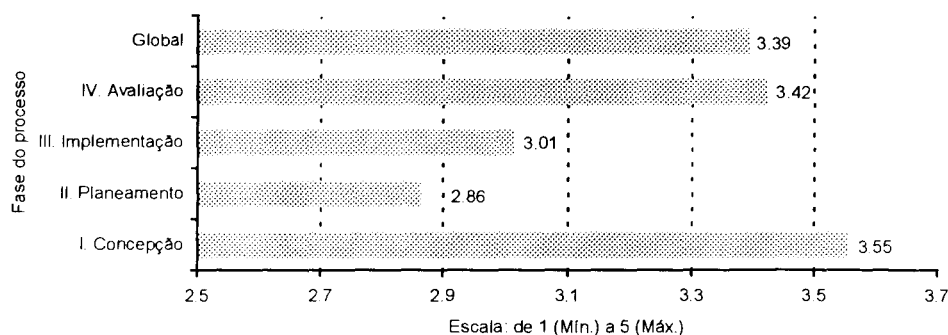


Figura D2. 11— Grau médio de envolvimento do director de pessoal, da administração/direcção, da comissão de SH&ST e dos representantes do pessoal na gestão do sistema de SH&ST



Calculou-se a média ponderada do envolvimento de todos os actores (n=916) nas diferentes fases (I, II, III e IV). O resultado mostra que é nas Fase I (Ideia inicial/concepção) e IV (Avaliação) que o envolvimento é maior (3.6 e 3.4, respectivamente). Em contrapartida, as Fases II (Planeamento) e III (Implementação) são as que registam menor envolvimento (2.9 e 3.0, respectivamente) (Figura D2.12).

Figura D2. 12 — Média ponderada do envolvimento de todos os actores nas diferentes fases da gestão dos projectos (n=916)



#### 4.10. 2. Grau de envolvimento dos trabalhadores no planeamento e implementação (D3)

O envolvimento dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes), nas fases de planeamento e implementação das políticas, programas e actividades de saúde, pode assumir quatro graus ou níveis, numa escala de 1 (Mínimo) a 4 (Máximo): (i) são *apenas informados*; (ii) são *consultados*; (iii) participam na *negociação e decisão*; ou então (iv) são os *principais responsáveis*. Os primeiros graus correspondentes a um nível inferior (o da simples *cooperação*) e os dois últimos a um nível superior (o da *co-determinação*).

De acordo com a *Figura D3.1*, (i) os trabalhadores (e/ou os seus representantes) são apenas *informados* (em pouco mais de 50% dos casos); (ii) ou então há processos de *consulta*, mais na fase de *planeamento* (40%) do que na fase de *implementação* (31%); (iii) poucas são as empresas que envolvem os seus colaboradores no processo de *negociação e decisão* (19, na fase de planeamento; 31 na fase de implementação); e mais raras ainda são (iv) aquelas que *delegam* aos trabalhadores e/ou aos seus representantes a responsabilidade pelo planeamento (n=2) e pela implementação (n=14) das políticas, programas e actividades de saúde.

O índice médio de envolvimento dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes) encontrado na amostra é de 0.39 (*d.p.* =.17) e 0.43 (*d.p.* =.22) para as fases de planeamento (índice P) e implementação (índice I), respectivamente. Em termos globais, esse índice médio (índice G) é de 0.41 (*d.p.* =.17) (IC 95%: 0.39-0.44; mediana=.038). Com base no valor da mediana, pode-se dividir a amostra em dois grupos em função do grau de envolvimento nas fases de planeamento e implementação: baixo ( $\leq 0.38$ ) (n=153) e alto ( $\geq 0.39$ ) (n=94).

Figura D3.1 — Envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação (n=247)

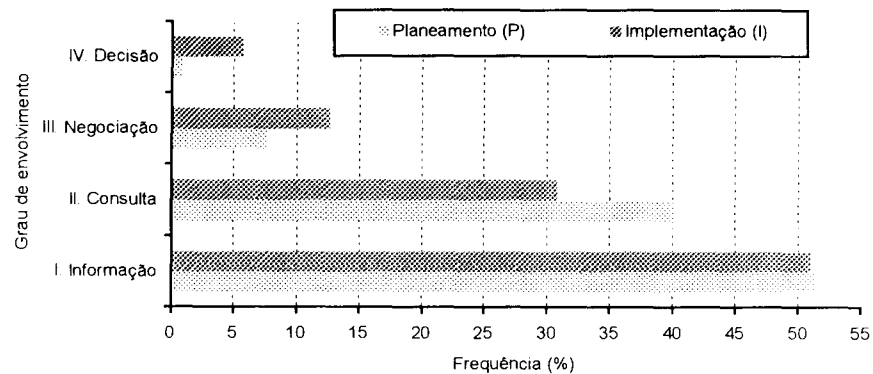
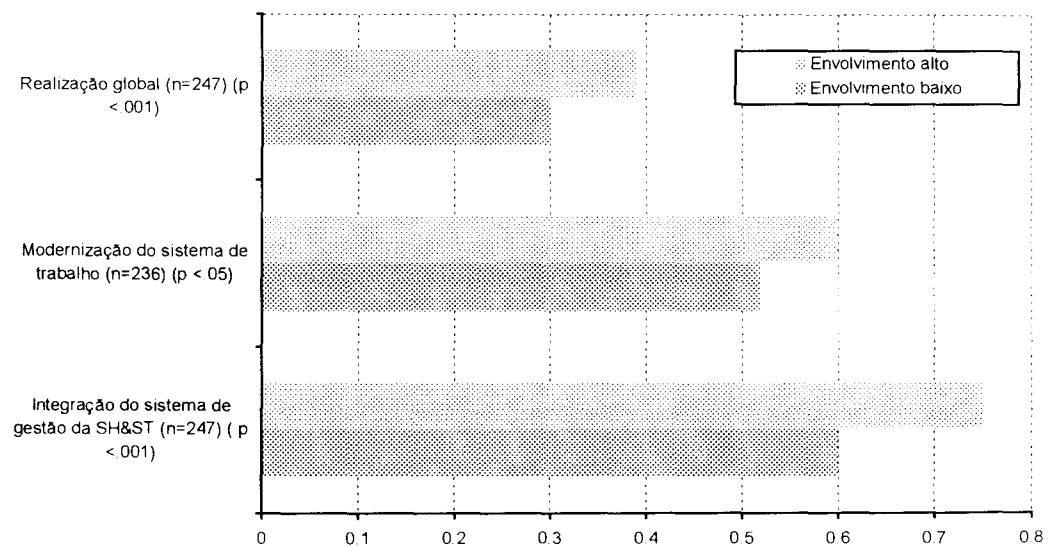


Figura D3.2 — Grau de envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação (n=247) e respectivos índices médios de realização total, modernização do sistema de trabalho e integração do sistema de gestão da SWH&ST



As empresas com um envolvimento alto dos seus trabalhadores no planeamento e implementação das actividades de saúde tendem a ser também empresas: (i) com maior índice de realização ( $p < .001$ ); (ii) com maior índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho ( $p < .05$ ); e (iii) com maior índice de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $p < .001$ ) (Figura D3.2).



Há uma correlação positiva moderada entre o índice médio global de envolvimento (índice G) e: (i) a importância atribuída à participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST ( $r = .37$ ;  $p < .001$ ); (ii) o índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $r = .41$ ;  $p < .001$ ).

O envolvimento nas fases de planeamento e implementação não parece estar associado a *características sociodemográficas* dos trabalhadores, tais como a proporção de *colarinhos azuis*, de mulheres ou de indivíduos com 40 ou mais anos; também não estaria associado à escolaridade nem à taxa de sindicalização. Em contrapartida, nas *multinacionais* o índice P (.45), o índice I (.50) e o índice G (.48) são maiores do que nas empresas nacionais (.38, .41 e .39, respectivamente) ( $p < .01$ ).

Também não há diferenças significativas dos índices P, I e G entre as empresas em função da dimensão (volume de emprego ou de negócio), da região (NUT II), do controlo accionista, do período de fundação, da modalidade dos serviços de SH&ST ou das formas (indirectas ou representacionais) de participação. Os referidos índices também não variam em função do *cargo ou função* do respondente, representado por dois níveis organizacionais (gestão de topo e gestão intermédia).

Os índices P, I e G variam, se forem desagregados pelas diferentes formas de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST (Pergunta B6). Por exemplo, esses índices são superiores à média no *Grupo III (Indirectas e Directas)*. E inferiores à média no caso do *Grupo IV\** (que engloba as empresas que declararam não ter *nenhuma forma especial de participação*). (*Quadro D3.1*).

Embora globalmente baixo, o envolvimento dos trabalhadores (e/ou seus representantes) tende a ser maior nas empresas onde predominam as *formas de participação directa ou não representacional* (por ex., reuniões com as chefias directas, reuniões com a direcção, grupos de discussão e melhoria, equipas de trabalho, boletim/jornal de empresa, questionários de opinião).

Por sua vez, a *Comissão Paritária de SH&ST* é a única forma de participação indirecta e representacional que parece favorecer um maior envolvimento dos trabalhadores e/ou seus representantes. Nas empresas onde existe comissão de SH&ST ( $n=91$ ) ou onde esta estrutura tem um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST ( $n=73$ ), o índice de envolvimento global (P + I) é muito significativamente maior: 0.47 contra 0.38 nas restantes empresas ( $p < .001$ ).

Os índices P, I e G também (i) são maiores naquelas empresas que reconhecem os direitos de *co-determinação*, para além dos direitos de simples *cooperação* (Pergunta B8) ( $p < .001$ ); além disso, (ii) estão moderadamente correlacionados com o índice de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $p < .001$ ).

Quadro D3. 1—Tipologia das formas de participação e Índice médio de envolvimento (n=247)

Índice médio de envolvimento Tipologia das formas de participação	Planeamento (P) (*)	Implementação (I) (**)	Gobal (G) (***)	Nº de casos
Grupo I (Indirecta)	40	42	41	36
Grupo II (Directa)	38	42	40	68
Grupo III (Indirecta + Directa)	45	51	48	98
Grupo IV (Nenhuma)	29	29	29	45
Total	39	43	41	247

(\*) p < .001 (\*\*) p < .001 (\*\*\*) p < .001

4.10.3 Principais *prompting factors* (D1)

Os três principais motivos ou problemas que levam as empresas a tomar iniciativas que têm por objectivo (não só mas também) a melhoria da saúde e do bem-estar dos seus trabalhadores seriam, por ordem de frequência (n=255), o *absentismo em geral, com e sem incapacidade*(69%); a *produtividade, a qualidade e/ou a competitividade* (62%); e a *filosofia de gestão/cultura da empresa* (45%) ( *Figura D1.1*).

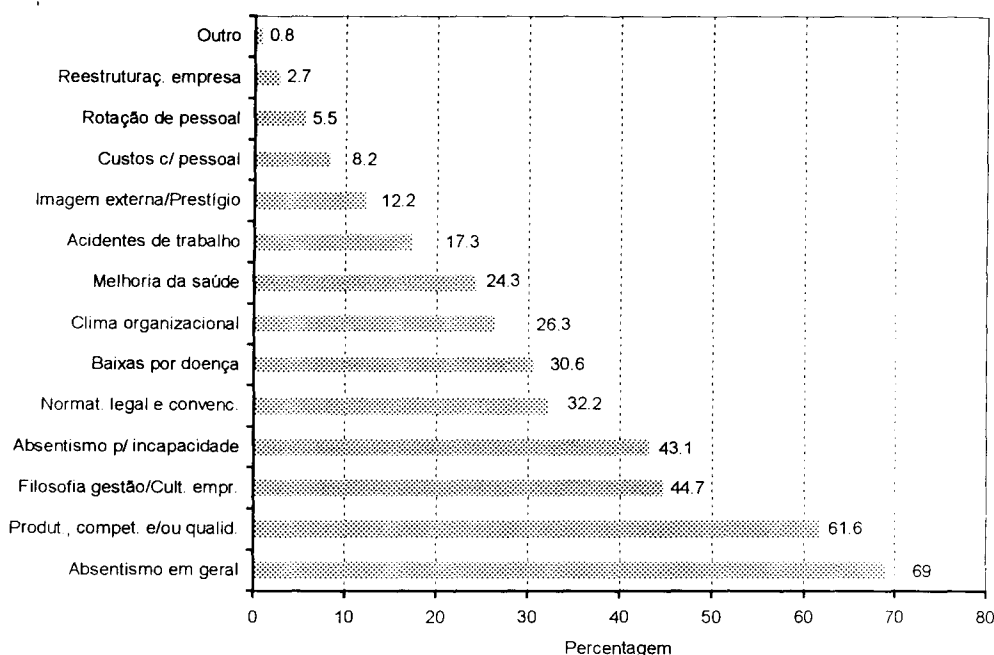
Nas três últimas posições e praticamente sem expressão surgem, como *prompting factors*, o *aumento dos custos de pessoal* (8%), a *rotação (ou saída) de pessoal* (5%) e a *reestruturação ou reconversão da empresa* (3%).

É de sublinhar, no entanto, a elevada proporção (7 em cada 10) dos que referem as ausências ao trabalho, por doença, acidente ou outras razões, como principal *prompting factor*. As *baixas por doença* (31%) e a *frequência e/ou gravidade dos acidentes* (17%) são duas razões explicitamente invocadas. Na medida em que estão associadas à incapacidade temporária para o trabalho, pode-se dizer que o *absentismo por doença e/ou acidente de trabalho* só por si acaba por ser a quarta razão principal (n=110)(43%) que leva as empresas inquiridas a tomar iniciativas no domínio da saúde.

Cerca de um terço dos respondentes invocou, por seu turno, o *cumprimento do normativo legal e convencional*, enquanto apenas um em cada quatro assinalava a *melhoria explícita da saúde dos trabalhadores* como uma das principais razões para levar a cabo acções neste domínio. Outras razões prendem-se com o *clima organizacional* (26%) e a *imagem externa ou o prestígio da empresa* (12%).

Um outro pormenor a registar é o facto de as respostas à pergunta *D1* serem consistentes e homogéneas, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras de respondentes: administração/direcção (n=96) e direcção de pessoal/outro (n=154), no que diz respeito aos principais *prompting factors*.

Figura D1.1 — Frequência relativa dos principais 'prompting factors' por ordem crescente (n=255)



#### 4.10.3.1. Produtividade, competitividade e/ou qualidade

A *produtividade, competitividade e/ou qualidade* como *prompting factor* é comum à generalidade das empresas inquiridas, sendo independente da *dimensão* (volume de emprego e de negócios), da *nacionalidade* do capital, do *controlo accionista*, da *antiguidade* e da *modalidade de serviços* de SH&ST. Também não está associado à *concorrência* enquanto principal ameaça às empresas do mesmo ramo de actividade nem ao *mercado* enquanto principal oportunidade (P.A12).

Há, contudo, diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à *produtividade, qualidade e/ou competitividade* como *prompting factor* por sector económico e certificação da qualidade: (i) De facto, a proporção de frequências observadas em relação às frequências esperadas é significativamente maior nas empresas do *sector produtivo* do que nas empresas de serviços ( $p < .001$ ); (ii) é igualmente maior no caso das empresas que estão *certificadas* ( $p < .01$ ); (ii) em qualquer dos casos, a associação é fraca ou muito fraca ( $\phi \leq .23$ ).

Desagregando a amostra por agrupamento de actividade económica (4 categorias), verifica-se que mais de 70% das empresas do sector produtivo (n=148) assinalam a *produtividade, qualidade e/ou competitividade* como *prompting factor*, sendo essa proporção maior no agrupamento I (*Indústria pesada. Energia. Construção*). No caso do sector terciário (n=107), só uma minoria relativa de empresas (45%) invoca este *prompting factor*. Essa proporção é ligeiramente maior (50%) no agrupamento III (*Comércio. Turismo. Transportes*), em comparação com o agrupamento IV (*Outros serviços*) (Quadro D1.1).

Quadro D1. 1— Produtividade, qualidade e/ou competitividade como 'prompting factor' e agrupamento de actividade económica (n=255) (%)

Agrupamento de actividade económica	I. Indústria pesada. Energia. Const. (a)	II. Indústria ligeira	III. Comércio. Turismo. Transportes	IV. Outros serviços
Produtividade/qualidade e/ou competitividade como 'prompting factor'				
Sim	75.0	66.7	50.0	46.7
Não	25.0	33.3	50.0	53.3
Total	N=76	N=72	N=62	N=45

(a) Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Máquinas e equipamentos, n.e. (DK), Material de transporte (DM)

p < .01

#### 4.10.3.2. Absentismo

O *absentismo em geral, com e sem incapacidade* (que surge em 1º lugar na lista dos principais *prompting factors*) parece ser independente do volume de vendas, actividade exportadora, sector económico, certificação da qualidade, nacionalidade e controlo accionista. Em contrapartida, está associado à *dimensão da empresa* (volume de emprego) ( $p < .01$ ) e à *modalidade de serviços* de SH&ST ( $p < .05$ ), embora a associação seja fraca ou muito fraca: de facto tende a ser sobretudo referido pelas grandes empresas ( $\geq 250$  trabalhadores) e pelas empresas com serviços internos de SH&ST.

Este *prompting factor* está também associado à *taxa de absentismo* (1996). Ou seja, tende a ser invocado sobretudo pelas empresas com maior taxa de absentismo: 6.7% em média (n=146), contra 5% nas demais (n=69) ( $p = .001$ ).

Por seu turno, o *absentismo por incapacidade temporária* (devida a doença e/ou acidente de trabalho) surge em 4º lugar na lista dos *prompting factors*, estando associado ao sector económico. Ou seja: é um item mais referido pelas empresas do sector produtivo do que dos serviços ( $p < .05$ ), embora a associação seja muito fraca ( $\phi < .20$ ). É também mais referido pelas empresas (n= 93) com maior taxa de absentismo: 7%, em média, contra 5.6% nas restantes (n=125) ( $p < .01$ ).

#### 4.10.3.3. Filosofia de gestão/Cultura da empresa

A *filosofia de gestão/cultura da empresa* como *prompting factor* surge em 3º lugar na lista, não estando porém associada a nenhuma das variáveis de natureza sociodemográfica ou sócio-organizacional (por ex., dimensão, sector exportador, sector económico, certificação da qualidade, gestão da qualidade, modernização tecnológica, natureza dos riscos, modalidade de serviços de SH&ST). Em contrapartida, está relacionada com a *nacionalidade* do capital,

embora a associação seja fraca ( $p < .01$ ;  $\phi < .30$ ): mais de 60% das empresas multinacionais invocam este *prompting factor* contra apenas 40% das nacionais.

As empresas que se consideram *exemplares* (no domínio das condições de SH&ST e da sua melhoria) são também proporcionalmente as que mais invocam a *filosofia de gestão/cultura da empresa* como *prompting factor* ( $p=.001$ ). Esta variável está igualmente associada à atitude face aos problemas de SH&ST (P.B9.1): neste grupo de respondentes, essa atitude é claramente *proactiva* (Quadro D1.2).

Quadro D1.2 — Atitude proactiva face à melhoria das condições de SH&ST e filosofia de gestão/cultura da empresa como 'prompting factor' (n=252) (%)

Atitude proactiva face à melhoria das condições de SH&ST	Sim	Não
Filosofia de gestão / cultura da empresa como 'prompting factor'		
Sim	67.1	35.2
Não	32.9	64.8
Total	N=96	N=176

$p < .001$

Trata-se, além disso, de empresas que empregam pessoal mais qualificado ou, pelo menos, com um maior nível de escolaridade: De facto, a proporção de *trabalhadores com nove ou mais anos de escolaridade* (n=100) é claramente superior (*média*=51.4, *d.p.*= 27.4) à das demais empresas (n=124) (*média*=39.0, *d.p.*=23.6) que não indicaram, entre as três razões principais da sua política de saúde, a *filosofia de gestão/cultura da empresa*; a diferença entre as médias nos dois grupos é estatisticamente muito significativa ( $p < .001$ ).

São também empresas com um maior *grau de modernização tecnológica* (n=114) (*média*=4.0, *d.p.*= .59); a diferença em relação às outras empresas (n= 138) (*média*=3.6, *d.p.*=.8) são muito significativas ( $p=.001$ ).

A *importância atribuída à participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST* é, também ela, significativamente maior neste grupo que invoca a filosofia de gestão/cultura da empresa como *prompting factor* (n=110) (*média*=5.0, *d.p.* =1.4) em relação ao restante grupo de respondentes (n=125) (*média*=4.5, *d.p.*=1.5) ( $p < .05$ ).

O *número total médio de políticas, programas e actividades de saúde*, assinaladas na Secção C do questionário (P.C1), também é significativamente superior no caso destas empresas (n=110) (*média* =22.9, *d.p.* =10.3) em relação às demais (n=149) (*média*= 18.2, *d.p.* = 9.9) ( $p < .001$ ).

Refira-se, por fim, que o *índice de envolvimento dos trabalhadores* (e/ou seus representantes) tanto na fase de planeamento como na fase de implementação das iniciativas de saúde (Pergunta D3) tende, também, a ser maior neste grupo (n=106): 0.42 na fase de *planeamento* e 0.48 na fase de *implementação* contra 0.37 e 0.40, respectivamente, no outro grupo (n=139). A diferença de médias nos dois grupos é estatisticamente significativa, em relação quer ao planeamento ( $p < .05$ ) quer à implementação ( $p < .01$ ).

As empresas que assinalam como um dos três principais *prompting factors* a *melhoria explícita da saúde*, são também aquelas onde o índice específico de saúde é significativamente maior, com excepção do índice A (*Segurança e Higiene no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho*) (*Quadro D1.3*).

Quadro D1. 3 — Índices específicos de saúde e melhoria explícita da saúde como 'prompting factor' (%)

Melhoria explícita da saúde	Sim	Não	Nº de casos	p
Índice específico de saúde				
A	74	69	244	n.s
B	84	78	241	< .05
C	79	66	210	.000
D	66	55	209	.001
E	63	53	226	.01
Total	73	65	248	.000

#### 4.10.3.4. Frequência e gravidade dos acidentes

A frequência e a gravidade dos acidentes de trabalho surgem apenas em 9º lugar na lista dos principais motivos ou problemas que levam a empresa a intervir no domínio da SH&ST. Este *prompting factor* aparece associado ao *agrupamento de actividade económica*, sendo evocado sobretudo pelas empresas que estão incluídas nos agrupamentos I e II (*Indústrias transformadores e demais sectores produtivos*). Além de logicamente esperadas, as diferenças em relação aos agrupamentos III e IV (*sector de serviços*) são estatisticamente significativas ( $p < .01$ ), embora a associação seja fraca ( $V' \text{ de Cramer} < .30$ ) (*Quadro D1.4*).

Quadro D1. 4— Produtividade/qualidade/competitividade como 'prompting factor' e agrupamento de actividade económica (n=254) (%)

Agrupamento de actividade económica	I. Indústria pesada	II. Indústria ligeira	III. Comércio.	IV. Outros serviços
Frequência e gravidade dos acidentes como 'prompting factor'	Energia Const.		Turismo.	
	a)		Transportes	
Sim	22.4	26.4	9.7	4.5
Não	77.6	73.6	90.3	95.5
Total	N=76	N=72	N=62	N=44

(a) Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Máquinas e equipamentos, n.e (DK), Material de transporte (DM)

p < .01

Este *prompting factor* também aparece associado à percepção dos *acidentes e lesões* como a principal causa do absentismo por incapacidade (Pergunta B3) ( $p=.001$ ;  $phi < .30$ ).

#### 4.10.4. Principais factores facilitadores (D5)

De acordo com a resposta à Pergunta D5, e segundo a experiência de cada empresa, os *três principais factores* que facilitavam a realização deste género de políticas, programas e actividades eram: (i) a *cultura organizacional propícia* (50%); (ii) o *sentido de responsabilidade social* (43%); e (iii) o *empenho da administração ou direcção da empresa ou estabelecimento* (42%) (Figura D5.1).

Por sua vez, os três factores facilitadores menos citados foram: (i) a existência de *equipa multidisciplinar de saúde* (6%); (ii) o empenho do *director de produção* (5%); e (iii) a existência de *exemplos noutras empresas* (4%).

Na realidade, se agregarmos todos os itens relacionados com o *empenho das estruturas hierárquicas da empresa* (administração/direcção, direcção de pessoal, direcção de produção e chefias directas), este surge claramente como o principal factor facilitador, em posição destacadíssima (61%). O empenho da empresa é, antes de mais, o da *administração ou direcção* (42%), mas também o das *chefias directas* (23%), do *director de pessoal* (18%) e, em menor grau, da *direcção de produção* (5%).

De entre outros factores que foram referidos por cerca de 20% a 30% dos respondentes, destacam-se: a existência de *serviço interno de SH&ST* (30%); a *participação do pessoal* (27%); o *empenho do médico do trabalho* (25%); o *orçamento específico* de SH&ST (20%); a *política escrita* de SH&ST (20%).

Cerca de um terço das empresas referiu a existência de *política escrita e/ou de orçamento* de SH&ST. Apenas 10 dos inquiridos não respondeu à Pergunta D5.

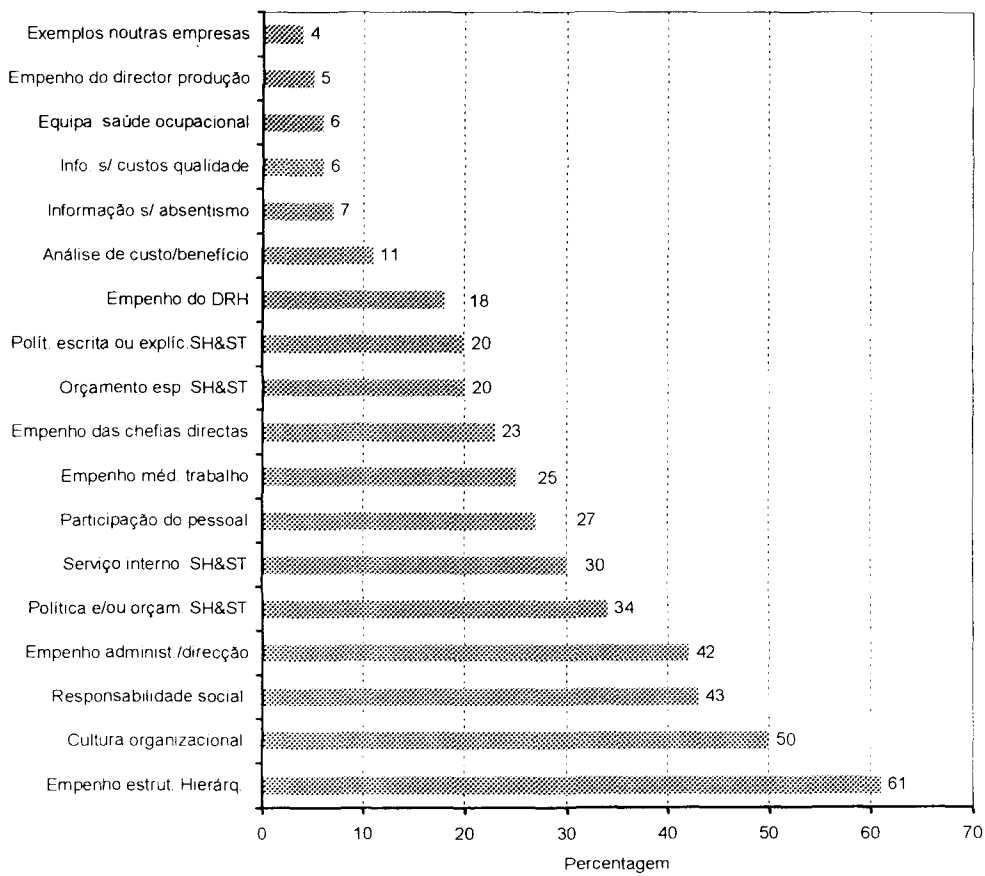
Os factores facilitadores são independentes da *dimensão da empresa* (medida quer pelo volume de emprego quer pelo volume de vendas), com excepção da *cultura organizacional propícia* e o *sentido de responsabilidade social*: de facto, o primeiro factor é mais referido pelas grandes empresas (GE), enquanto que o segundo é mais valorizado pelas PME; se bem que as diferenças sejam significativas ( $p < .05$ ), a associação é contudo muito fraca ( $\phi < .20$ ).

A *cultura organizacional propícia*, enquanto factor facilitador da realização das políticas, programas ou actividades de saúde, está por sua vez associada à *filosofia de gestão/cultura da empresa* enquanto *prompting factor* (Pergunta D1). As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) (Quadro D5.1).

Em contrapartida, esta variável é independente das restantes características sociodemográficas e organizacionais (por ex., certificação, nacionalidade da empresa, modalidade de serviço de SH&ST, sector económico, principal natureza dos riscos, cargo ou função do respondente).

A *participação do pessoal* como factor facilitador tende a ser mais referida pelas empresas com um estilo de gestão democrático ou participativo ( $p < .01$ ).

Figura D5. 1 — Frequência relativa dos principais factores facilitadores, por ordem crescente (n=240)



Quadro D5. 1 — Cultura organizacional propícia enquanto factor facilitador e filosofia de gestão/cultura de empresa enquanto 'prompting factor' (n=247) (%)

Filosofia de gestão/cultura de empresa como 'prompting factor'	Sim	Não
Cultura organizacional propícia como factor facilitador		
Sim	64.0	31.5
Não	36.0	68.5
Total	N=136	N=111

p < .001



O *sentido de responsabilidade social* (referido por 44% dos respondentes) é igualmente independente de outras características organizacionais tais como a nacionalidade do capital ou a certificação da qualidade. Parece, contudo, ser mais evocado pelas empresas do sector terciário do que pelas empresas dos sectores primário e secundário ( $p < .05$ ).

Os factores facilitadores da acção com vista à melhoria da saúde dos trabalhadores também são independentes da *nacionalidade do capital*: a única diferença é relativamente à *política escrita e/ou orçamento de SH&ST*, um item que tende a ser mais referida pelas multinacionais do que pelas empresas portuguesas (*Quadro D5.2*).

Quadro D5.2 — Política escrita e/ou orçamento de SH&ST e multinacionalidade do capital (n=248) (%)

	Multinacional	Sim	Não
Política escrita e/ou orçamento de SH&ST			
Sim		47.7	28.4
Não		52.3	71.6
Total		N=65	N=183

$p < .01$

Seria de esperar, na nossa amostra, uma maior percentagem de empresas que referissem a existência de *uma política escrita e/ou de um orçamento específico* neste domínio. Mas assim não acontece. A corroborar este ponto de vista, é muito significativo o número de inquiridos que responderam “Não sabe” à pergunta E4 (Encargos com a saúde, incluindo a SH&ST).

A *política escrita e/ou orçamento de SH&ST*, como factor facilitador, não está associada à dimensão (volume de emprego e de negócio), ao montante do capital social, ao volume de negócio, à certificação de qualidade, à modalidade de organização funcionamento dos serviços de SH&ST, nem sequer ao orçamento específico de SH&ST. Também é independente de variáveis como o clima organizacional propício, a filosofia de gestão/cultura da empresa ou a produtividade, qualidade e/ou competitividade.

Em contrapartida, está associada à exportação, à nacionalidade, ao sector económico, à certificação e ao exemplo no domínio das condições de SH&ST ( $p < .01$ ), embora a associação seja fraca ou muito fraca ( $\phi < .30$ ).

Finalmente, as empresas que referiram a *política escrita de SH&ST* como factor facilitador não diferem das restantes quanto ao número total de actividades de saúde (*média*=23.1) nem quanto ao grau de importância que atribuem actualmente à saúde dos seus colaboradores (*média*=4.74). Também é independente do estilo de gestão.

É interessante ainda notar que os três por principais factores facilitadores não aparecem pela mesma ordem de frequência, se tivermos em conta *o cargo ou a função do respondente*. Assim, os gestores de nível 1 (administração/d direcção) põem em primeiro lugar o sentido de responsabilidade social (52%), seguido da cultura organizacional propícia à saúde (48%) e do empenho da gestão de topo (44%), enquanto para os gestores de nível intermédio (direcção de pessoal e outros) o principal factor facilitador seria a cultura organizacional (54%), seguida

– com doze pontos de diferença – do sentido de responsabilidade social (42%). O empenho da administração/direcção aparece também em terceiro lugar (39%). As diferenças entre as frequências observadas e esperadas não são, porém, significativas (*Quadro D5.3*).

Quadro D5. 3 — Os três principais factores facilitadores, segundo o cargo ou função do respondente (n=245) (%)

Cargo ou função do respondente	Administração/ Direcção (n=93)	Direcção de pessoal/Outro (n=152)	p
Principal factor facilitador (a)			
Cultura organizacional propícia	47.3	53.3	n.s.
Sentido de responsabilidade social	49.5	40.8	n.s.
Empenho da administração/direcção	46.2	39.5	n.s.

(a) A pergunta admitia três hipóteses de resposta

### 4.10.5. Principais obstáculos (D4)

De acordo com a resposta à pergunta D4, a *falta de empenho do pessoal* (42%), a *falta de tempo* (40%) e os *problemas de articulação/comunicação* (33%) surgem como os três principais obstáculos que se põem à implementação, com êxito, das iniciativas de saúde no local de trabalho.

De entre os obstáculos que foram citados por menos de 10% dos respondentes, refira-se a *falta de enquadramento legal* (8%) e a *falta de empenho do serviço de SH&ST* (5%). O *conflito com os representantes do pessoal* (incluindo os sindicatos) é referido apenas por três empresas. Nove dos inquiridos não responderam, entretanto a esta pergunta (*Figura D4.1*).

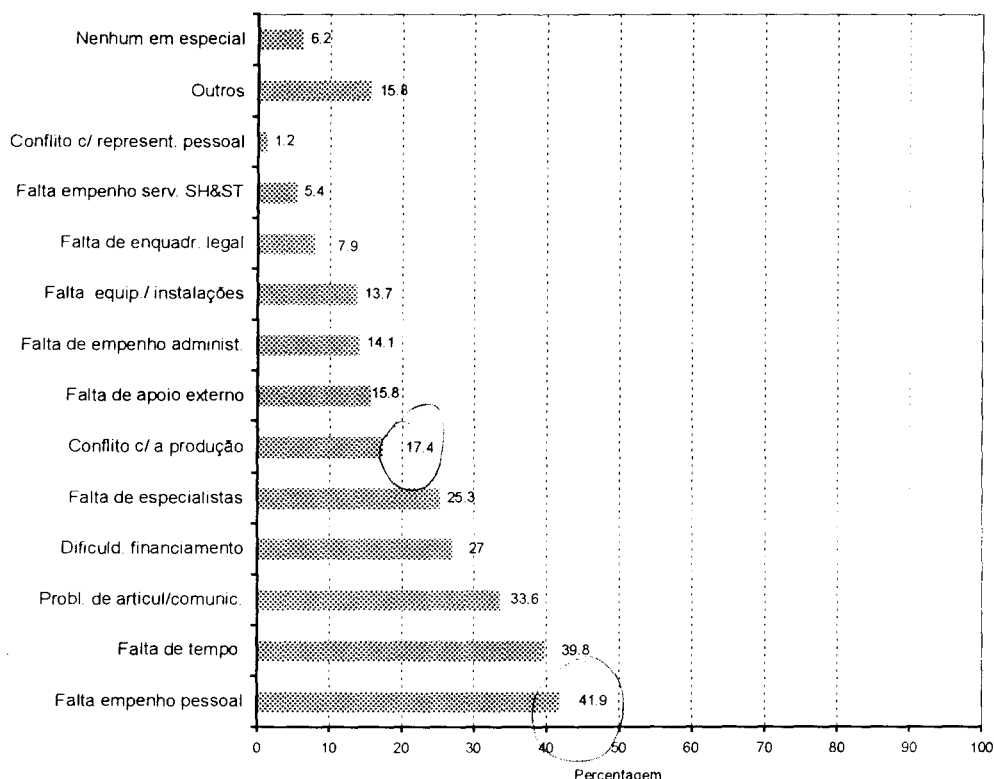
A *falta de empenho do pessoal* (42%) contrasta claramente com a *falta de empenho da administração/direcção da empresa ou estabelecimento* (14%). Outro grande obstáculo não seria propriamente a *falta de recursos financeiros* (27%) como sobretudo a *falta de tempo* (40%). E se, nalguns casos, há *conflito com a produção* (17%), este obstáculo é, todavia, sentido como tendo menor peso do que os *problemas de articulação/comunicação* entre os vários sectores da empresa ou estabelecimento (33%).

Só nove respondentes declararam não ter *nenhum obstáculo em especial*, dois deles justificando porquê (“Vivemos em família com ordem”; “Risco diminuto da actividade”).

Há que distinguir, no entanto, os obstáculos que são *exógenos* e fora do controlo da empresa (por ex., legislação, apoio externo, especialistas) e os que são *endógenos* ou internos, estando em princípio sob a esfera de decisão e de acção da gestão de topo. É o caso, por exemplo, do empenho das estruturas hierárquicas, do tempo, dos recursos, etc.

Uma em cada quatro empresas depara-se com a *falta de técnicos e especialistas* nesta área enquanto 16% se queixam da *falta de apoio externo*. Ainda em matéria de escassez de recursos, refira-se a *falta de instalações e equipamentos* (14%).

Figura D4. 1 — Frequência relativa dos principais obstáculos, por ordem crescente (n=241)(%)



Uma percentagem relativamente elevada dos respondentes (n=38) referiu a existência de “outros obstáculos”: (i) *especificidade da empresa ou do ramo de actividade* (n=5) (por ex., crescimento acelerado da empresa, especificidade de actividades como a restauração colectiva, processo moroso de negociação com a empresa-mãe, reduzido tempo de vida útil da empresa); (ii) *dispersão dos locais de trabalho/estabelecimentos* (n=3) (incluindo a rotação/mobilidade interna da mão-de-obra nos estaleiros da construção civil); (iii) *baixo nível de escolaridade*, de cultura geral, de informação e de sensibilização dos trabalhadores (n=4); (iv) *dificuldade em motivar e mobilizar os trabalhadores* (n=3); (v) *cultura empresarial dominante* (n=2) ou ainda *em construção* (n=1); (vi) falta de um *serviço estruturado de SH&ST* (incluindo a falta de tempo do médico do trabalho) (n=2); (vii) falta de *soluções técnicas* (n=1) ou *organizativas* (n=1); (viii) *resistência à mudança comportamental* (2), por parte do pessoal mas também da direcção; (ix) falta de *empenho das chefias directas* (n=1); (x) a empresa não pretende substituir-se ao *papel do Estado* no campo da protecção e promoção da saúde (n=1); (xi) a *natureza humana* (n=1); (xii) *outros obstáculos, não específicos* (n=11).

É interessante assinalar que a alegada *falta de especialistas* é independente da dimensão da empresa (tanto em volume de emprego como de vendas), da região (NUT II), da actividade exportadora, do sector económico, da certificação da qualidade, da nacionalidade, do controlo accionista bem como da modalidade de serviços de SH&ST.

Não está também associada ao cargo ou função do respondente nem – contrariamente ao que se poderia supor — à existência de recursos humanos nesta área (médico do trabalho, enfermeiro, técnico de S&HT, equipa de saúde, consultor externo, clínico geral, outros especialistas médicos, outros profissionais de saúde).

Quanto à *falta de empenho do pessoal*, até que ponto este obstáculo não é também resultado de um clima organizacional pouco propício à participação e à inovação? Nas empresas que se consideram exemplares no domínio de condições de SH&ST e da sua melhoria (Pergunta B9.1), o argumento da falta de empenho do pessoal é menos invocado do que nas restantes ( $p < .05$ ).

A percepção de *falta de empenho do pessoal* também está ligada ao *cargo ou função do respondente*: Os respondentes com funções de *gestão de topo* (por ex., presidente ou vogal do conselho de administração, director-geral, sócio-gerente) tendem a enfatizar mais a falta de empenho do pessoal como obstáculo do que os restantes respondentes com funções de *gestão intermédia* ou equivalente (por ex., director de produção, director financeiro, director de pessoal, coordenador do serviço de SH&ST). As diferenças são significativas ( $p < .05$ ) embora a associação seja muito fraca ( $\phi < .20$ ) (Quadro D4.1).

Quadro D4.1 — Os três principais obstáculos que se põem, em geral, à implementação, com êxito, das iniciativas de saúde no local de trabalho, por cargo ou função do respondente (n=237) (%)

Cargo ou função do respondente	Administração/ Direcção (n=92)	Direcção de pessoal (n=145)	p
Obstáculo (a)			
Falta de empenho do pessoal	51.1	36.6	< .05
Falta de tempo	37.0	42.8	n.s.
Problemas de articulação/comunicação	32.6	33.8	n.s.

(a) A pergunta admitia três hipóteses de resposta

A *falta de empenho do pessoal* como obstáculo à implementação, com êxito, das políticas, programas e actividades de saúde (ou afins), não está relacionada com variáveis sociodemográficas (por ex., escolaridade, sexo, idade ou sindicalização dos trabalhadores) nem com variáveis organizacionais (por ex., nacionalidade da empresa, controlo accionista, antiguidade, grau de modernização tecnológica, grau de importância atribuída à participação).

Por seu turno, os *problemas de articulação/comunicação* também não estão relacionados com a modalidade de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST, contrariamente ao que se poderia postular. Considerando o critério da dimensão da empresa (volume de emprego), parece haver diferenças entre as PME e as GE relativamente à existência de problemas de articulação/comunicação. As empresas com 250 ou mais trabalhadores tendem a ter mais problemas deste tipo que as PME ( $p < .01$ ). Não há diferenças de percepção deste problema (articulação/comunicação) por parte dos *gestores de topo* (nível 1) e os *gestores de nível intermédio* (nível 2 e 3).

Dois dos obstáculos principais referidos (*falta de tempo e de financiamento*) não estão associados a características sociodemográficas e organizacionais das empresas tais como a dimensão, a actividade exportadora, o sector económico, a nacionalidade do capital, a certificação da qualidade ou a modalidade de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST. Também são independentes do cargo ou função do respondente. No entanto, a *falta de meios financeiros* para investir na melhoria das condições de saúde e segurança no trabalho e actividades similares tende a ser referida, em maior proporção pelas empresas dos sectores de *Máquinas e equipamentos n.e.* (CAE DK), *Material e eléctrico e de precisão* (CAE DI.) e *Equipamento de transporte* (CAE DM) (Agrupamento de actividade económica 3) ( $p < .05$ ).

#### 4.11. Custos e benefícios

##### 4.11.1. Principais benefícios (D6)

De acordo com as respostas à pergunta D6, na lista dos três *principais benefícios* (económicos e/ou sociais, com ou sem expressão pecuniária) resultantes da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde e o bem-estar (e não apenas a garantir a segurança) dos trabalhadores, surgia, em lugar de destaque, a *melhoria da saúde do pessoal*, referida por quase 50% dos respondentes; em segundo e terceiro lugar apareciam, respectivamente, a *melhoria da produtividade, competitividade e/ou qualidade* (46%) e a *melhoria do ambiente de trabalho* (44%) (Figura D6.1).

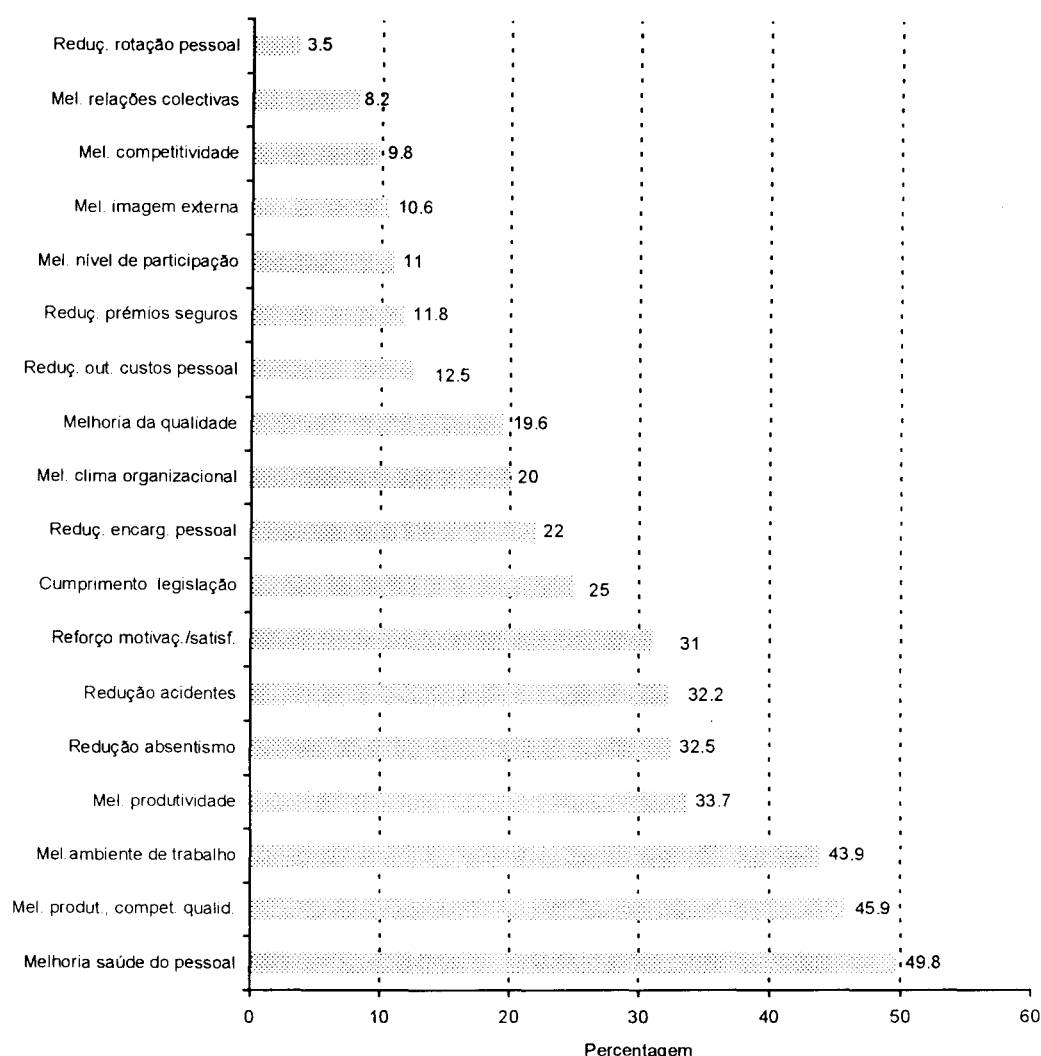
Desagregando as respostas respeitantes ao segundo benefício mais referido, verifica-se que a *melhoria da produtividade* foi citada por 34% dos respondentes, claramente à frente da *melhoria da qualidade* (20%) e da *competitividade* (10%).

De entre os principais benefícios, referidos por cerca de um terço da amostra, destacam-se ainda: a redução da *taxa de absentismo* (33%); a redução dos *acidentes* (32%); e o reforço da *motivação e satisfação* dos colaboradores (31%). Apenas um respondente assinalou *nenhum benefício em especial*. Há quatro casos omissos.

O *cumprimento da legislação*, como benefício, é apenas referido por um em cada quatro respondentes. Por sua vez, a *melhoria do clima organizacional* é reportada por 20% dos inquiridos. Menos evidente como benefício (económico) parece ser a *redução dos encargos com pessoal* (22%), ou mais explicitamente a *redução dos prémios de seguros* (12%) e/ou de *outros custos com pessoal* (13%). Com frequência relativa entre os 10% e os 13% estão ainda os seguintes benefícios: melhoria do *nível de participação* (11%); melhoria da *imagem externa* (10%); e melhoria da *competitividade* (10%).

De qualquer modo, a *melhoria da saúde do pessoal* bem como outros benefícios das iniciativas levadas a cabo pelas empresas portuguesas no domínio da saúde parecem ser independentes das suas características sociodemográficas e técnico-organizacionais.

Figura D6.1 — Frequência relativa dos principais benefícios obtidos, por ordem crescente (n=255)



Os benefícios reportados também não estão relacionados com o cargo ou função do respondente, com excepção da *redução da taxa de absentismo*, mais referida e valorizada pela administração/direcção da empresa do que pela direcção de pessoal ( $p < .05$ ).

Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, pode-se dizer que a *gestão de nível intermédio* ( $n=154$ ) tende a valorizar mais, por comparação com a *gestão de topo* ( $n=97$ ), certo tipo de benefícios, ligados ao *desempenho organizacional*, tais como: a melhoria do ambiente (físico e/ou psicossocial) de trabalho; a melhoria da produtividade; a redução da sinistralidade; o aumento da satisfação profissional; a redução com os encargos de pessoal; ou a melhoria do clima organizacional.

Os benefícios obtidos por estas empresas são independentes, nomeadamente, da certificação da qualidade, da nacionalidade, do controlo accionista, da dimensão da empresa, da inclusão

na lista da Exame 500/97, da modalidade de serviços de SH&ST, etc. Alguns benefícios tendem a variar em função do agrupamento de actividade económica: é o caso por exemplo da melhoria do ambiente de trabalho, da melhoria da produtividade ou da redução dos acidentes ( $p \leq .01$ ) ou da redução dos prémios de seguros ( $p < .05$ ).

Os benefícios podem ser classificados de acordo com a sua natureza, económica ou social (Quadro D6.1). Directa ou indirectamente, todos têm expressão económica, reflectindo-se no desempenho global da empresa.

Quadro D6. 1— Principal benefício económico ou social obtido, por ordem de frequência (n=255)

Benefício económico	Ordem	Benefício social	Ordem
Melhoria da prod., competitividade e/ou qualidade	2	Melhoria da saúde do pessoal	1
Melhoria da produtividade	4	Melhoria do ambiente e demais cond. de trabalho	3
Redução da taxa de absentismo	5	Reforço da motivação e satisfação dos colaboradores	7
Redução do número de acidentes	6	Cumprimento do normativo legal e convencional	8
Redução dos prémios de seguro e/ou outros	9	Melhoria do clima organizacional	10
Melhoria da qualidade	11	Melhoria do nível de participação	14
Redução de outros custos c/ pessoal	12	Melhoria da imagem externa e/ou prestígio da empresa	15
Redução dos prémios de seguros	13	Melhoria das relações colectivas de trabalho	17
Melhoria da competitividade	16		
Redução da rotação (ou saída) do pessoal	18		

Na prática, há algumas diferenças subtis entre os benefícios reportados. Por exemplo: (i) há uma associação negativa entre *melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade* (benefício económico) e *melhoria da saúde do pessoal* (benefício social) ( $p < .001$ ), se bem que essa associação seja fraca ( $\phi < .30$ ) (Quadro D6.2); (ii) a *melhoria da saúde do pessoal*, como benefício social, é independente da *redução do número de acidentes ou da taxa de absentismo* (benefício económico); mas também é independente do *reforço da motivação e satisfação* dos colaboradores ou da *melhoria do clima organizacional* (benefício social).

Quadro D6 2— Melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade e melhoria da saúde do pessoal (n=255) (%)

Melhoria da saúde do pessoal (benefício social)	Sim	Não
Melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade (benefício económico)		
Sim	33.9	57.8
Não	66.1	42.2
Total	N=127	N=128

$p < .001$

Não existem diferenças na natureza dos benefícios reportados em função do sector económico, do agrupamento de actividade económica, da dimensão, etc. Em contrapartida, a *melhoria da saúde do pessoal* está, como seria de esperar, relacionada com o índice global de saúde: este é significativamente maior (.69 contra .64) nas empresas que assinalaram a melhoria da saúde como um dos três principais benefícios ( $p < .01$ ).

Em contrapartida, a redução dos *acidentes de trabalho*, referida por menos de um terço dos respondentes como benefício (31%), está sobretudo associada à *principal natureza dos riscos* ( $p < .001$ ).

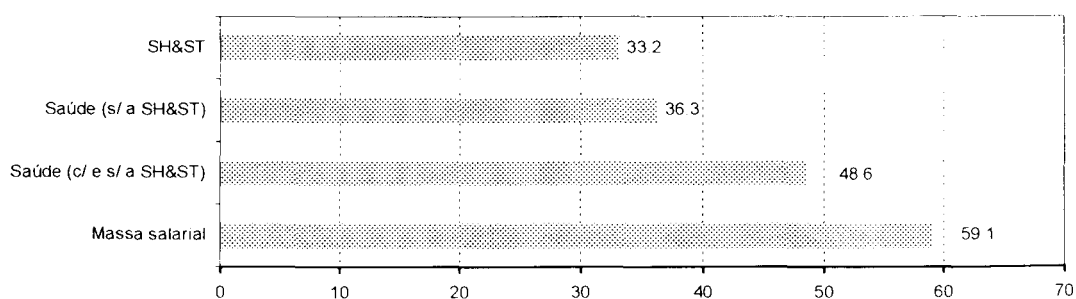
O *cumprimento do normativo legal e convencional* tende a ser referido, como benefício, sobretudo pelas empresas do *sector terciário*. Também há diferenças significativas em função da *dimensão da empresa* (volume de emprego ou de negócio), se bem que a associação seja muito fraca.

De entre os benefícios menos visíveis ou menos referidos está a *melhoria do nível de participação* do pessoal (11%). Não se encontram, todavia, diferenças significativas entre as empresas que citaram este benefício e as demais, em função do grau de importância atribuída à participação dos trabalhadores (Pergunta B7) ou da tipologia das formas de participação (Pergunta B6). Em contrapartida, há diferenças muito significativas ( $p < .001$ ) em relação à *participação do pessoal como factor facilitador* (Pergunta D5) da implementação, com sucesso, das iniciativas de saúde.

#### 4.11.2. Custos

Mais de metade dos representantes das empresas não respondeu (N/R) ou não soube responder (N/S) à pergunta E4, o que só por si é sintomático do fraco desenvolvimento do sistema de gestão da SH&ST. O número de casos omissos (incluindo respostas de tipo N/R ou N/S) ascende a: (i) 41% relativamente ao *montante da massa salarial*; (ii) 51% no que diz respeito aos encargos com a *saúde (incluindo a SH&ST)*; e (iii) 64% no que se refere aos encargos com a *saúde (excluindo a SH&ST)*. Em consequência, não é possível calcular os *encargos específicos com a SH&ST* em dois terços dos casos (Figura E4.1).

Figura E4.1 - Proporção de respondentes à pergunta sobre o montante da massa salarial e o total dos encargos com a saúde (n=259) (%)





Nenhuma destas variáveis tem uma distribuição normal. Tal não impede que possamos efectuar uma análise preliminar e exploratória dos dados disponíveis. A sua leitura e interpretação terão, de qualquer modo, de ser feitas com as necessárias cautelas ou reservas.

#### 4.11.2.1. Massa salarial

Apesar do elevado número de casos omissos (41%) relativamente à questão do montante da massa salarial anual (ou total dos custos, directos e indirectos, com o pessoal), verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre empresas respondentes (n=153) e não-respondentes (n=106), por cargo ou função, sector económico, dimensão da empresa, controlo accionista, nacionalidade, antiguidade, certificação da qualidade, modalidade de serviços de SH&ST ou região (NUT II).

O montante médio da massa salarial *per capita* e por empresa andava, em 1996, à volta dos 3000 contos (média=3117; trimédia a 5%= 3041; mediana=2896; d.p.=1282; mínimo=1277; máximo=7274; IC a 95% para a média: 2912-3321) no conjunto dos vários sectores de actividade, sendo menor no agrupamento 1 (c. 1840 contos) e maior nos agrupamentos 2 e 8 (c. 3450) (*Quadro E4.1*, em anexo). A distribuição é muito enviesada à direita (quociente de assimetria= + 4.2). Há apenas um *outlier* moderado.

Em termos absolutos tratava-se de um valor próximo dos 390 milhões de contos, referentes a pouco mais de 110 mil trabalhadores (cerca de 3540 contos por trabalhador). Por extrapolação, os encargos salariais do total dos respondentes (n=259) deveria atingir os 640 milhões de contos e o Valor Acrescentado Bruto deveria ser, no mínimo, o dobro daquele montante (No Capº III, foi estimado em 1450 contos).

Verifica-se, por outro lado, que mais de um quarto dos respondentes apresentavam valores abaixo dos 2000 contos (26%). Um em cada 10 apresentava inclusive valores inferiores a 1750 contos (12%). No outro extremo, menos de 10% referiam, por seu turno, montantes de custos de pessoal iguais ou superiores a 5000 contos (*Quadro E4.2*).

Quadro E4.2 — Montante da massa salarial 'per capita', por escalão (n=153)

Escalão da massa salarial 'per capita' e por empresa (em contos)	Nº	%	% Acumulada
< 1750	19	12.4	12.4
: 1750 e < 2000	21	13.7	26.1
: 2000 e < 2500	17	11.1	37.2
: 2500 e < 3000	26	17.0	54.2
: 3000 e < 4000	31	20.3	74.5
: 4000 e < 5000	24	15.7	90.2
: 5000	15	9.8	100.0
Total	153	100.0	

Os encargos salariais *per capita* são significativamente maiores nas empresas constantes da lista da *Exame 500/97* ( $p < .001$ ), nas GE ( $\geq 7,5$  milhões de contos de volume de negócios) ( $p < .001$ ), nas empresas em que predominam os colarinhos brancos ( $p = .001$ ), nas empresas em que mais de metade do pessoal tem uma escolaridade igual ou superior a 9 anos ( $p < .001$ ), nas empresas com sede na Região de Lisboa e Vale do Tejo ( $p < .001$ ), e também nas empresas com um grau de integração alto do sistema de gestão da SH&ST ( $p < .01$ ). Em contrapartida, não há diferenças em função da modalidade de organização dos serviços de SH&ST.

#### 4.11.2.2. Cuidados de saúde e SH&ST

Das empresas que responderam à pergunta relativa aos encargos totais com a saúde (incluindo a SH&ST) ( $n=126$ ), à volta de 17% terão gasto menos de 10 contos por trabalhador. No escalão máximo ( $\geq 100$  contos), encontravam-se apenas umas 20%. Mais de metade (60%) dos respondentes gastavam menos de 50 contos por trabalhador (*Quadro E4.3*).

Em termos absolutos teríamos um valor aproximado de 15.8 milhões de contos, referente a 97400 trabalhadores, o que daria em média cerca de 162 contos por trabalhador. Este valor está enviesado. Os encargos com a saúde *per capita* situam-se à volta dos 63 contos por empresa (trimédia a 5%). A distribuição desta variável é extremamente assimétrica ou enviesada à esquerda, devido à existência de diversos *outliers* severos (trimédia a 5% = 63.5; média = 92.5; mediana = 35.6; mínimo = 3; máximo = 1454; IC a 95% para a média: 60.6-124.5).

Ainda relativamente a esta questão verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre empresas respondentes ( $n=126$ ) e não-respondentes ( $n=133$ ), por cargo ou função, sector económico, dimensão, nacionalidade, antiguidade, certificação da qualidade, modalidade de serviços de SH&ST, região, etc. As empresas que não responderam a esta pergunta específica também não responderam à pergunta sobre a massa salarial. As diferenças são estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação moderada a forte ( $\phi = .68$ ) (*Quadro E4.4*). Em princípio, serão empresas que não têm um sistema de informação e documentação sobre a SH&ST ou que, pura e simplesmente, não têm um sistema de gestão neste domínio.

Perto de 43% do total das empresas que responderam simultaneamente a estas duas questões específicas (total dos custos de pessoal e total dos custos com a saúde, incluindo a SH&ST) ( $n=117$ ), terão gasto com a saúde dos colaboradores menos de 1% da massa salarial. Entre 1% e 2% dos custos totais de pessoal estão cerca de 22% dos casos. Com 2% ou mais situam-se os restantes casos (35%) (*Quadro E4.5*). Há sete *outliers* severos com valores iguais ou superiores a 8.75%. Dois deles são particularmente aberrantes, apresentados por duas conceituadas organizações, uma administração portuária e uma empresa química: 20.9% e 31.2%, respectivamente. Os valores apresentados no *Quadro E4.6* são meramente ilustrativos, não podendo sequer ser tomados como representativos da população das nossas duas mil maiores e melhores empresas. Mesmo assim 55 dos 117 casos válidos são referentes a empresas constantes da lista da *Exame 500/97*.

Quadro E4.3 — Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador (1996) (n=126)

Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST) 'per capita' (em contos)	Nº	%	% Acumulada
≤ 10	22	17.5	17.5
≥ 10 e < 20	23	18.2	35.7
≥ 20 e < 50	31	24.6	60.3
≥ 50 e < 100	25	19.9	80.2
≥ 100	25	19.8	100.0
<i>Total</i>	126	100.0	

Quadro E4.4 — Resposta à pergunta sobre o montante da massa salarial e resposta à pergunta sobre os encargos c/ a saúde (n=259)  
(%)

Resposta à pergunta sobre os encargos c/ a saúde	Sim	Não
Resposta à pergunta sobre o montante da massa salarial		
Sim	93.7	26.3
Não	6.3	73.7
<i>Total</i>	N=126	N=133

p < .001

Quadro E4.5 — Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST) em percentagem da massa salarial (1996) (n=117)

Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST), em % da massa salarial	Nº	%	% Acumulada
< 1.00	50	42.7	42.7
1.00-1.99	26	22.3	65.0
2.00-2.99	16	13.6	78.6
≥ 3.00	25	21.4	100.0
<i>Total</i>	117	100.0	

Quadro E4.6 — Resumo dos principais indicadores relativos aos custos com o pessoal e com a saúde (1996) (n=117)

Indicador	Nº de casos	Montante
Valor Acrescentado Bruto (VAB) (em mil milhões de contos) (*)	117	747.8
Produtividade média (em contos) (*)	117	7964
Total dos custos com pessoal (em milhões de contos)	117	348.7
Total dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST) (em milhões de contos)	117	15.8
Total de trabalhadores (em milhares)	117	93.9
Massa salarial per capita (em contos)	117	3771
Encargos com a saúde per capita (em contos)	117	167.8
Encargos c/ a saúde em % da massa salarial	117	4.5%

(\*) Estimado a partir do Balanço Social de 1996 (Portugal: Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1996)

Tenho ainda um menor número de respostas relativamente ao terceiro item da Pergunta E4 (Encargos com a saúde, excluindo a SH&ST) (n=94), o que me impossibilita calcular os encargos específicos com a SH&ST (por ex., despesas de funcionamento da medicina do trabalho, materiais de consumo, formação das equipas de primeiros socorros). De facto, e de acordo com o *Quadro E4.7*, só em relação a menos de um terço da amostra (n=79) é que consegui apurar a percentagem da massa salarial que é gasta, por trabalhador, no âmbito da SH&ST.

Quadro E4.7 — Escalão dos encargos com a SH&ST em percentagem da massa salarial (1996) (n=79)

Escalão dos encargos com a SH&ST em % da massa salarial	Nº	%	% Acumulada
< 25	20	25.3	25.3
25-49	24	30.4	55.7
50-99	19	24.1	79.7
≥ 100	16	20.3	100.0
Total	79	100.0	

Quadro E4.8 — Resumo dos principais indicadores relativos aos custos com a SH&ST (1996) (n=79)

Indicador	Nº de casos	Montante
Total dos custos com pessoal (em milhões de contos)	79	296.9
Total dos encargos com a SH&ST (em milhares de contos)	79	1793
Total de trabalhadores (em milhares)	79	78.4
Massa salarial 'per capita' (em contos)	79	3787
Encargos c/ a SH&ST 'per capita' (em contos)	79	22.9
Encargos c/ a SH&ST em % da massa salarial	79	0.6

À volta de 80% dos respondentes despende menos de 1% da massa salarial, por trabalhador, com os encargos relativos ao sistema de gestão da SH&ST, ou seja, menos de 30 contos (*Quadro E4.9*). Mais de metade gastam menos de .05% (grosso modo, menos de 15 contos).

Quadro E4.9 — Montante dos encargos com a SH&ST 'per capita', por escalão (n=84)

Escalão dos encargos da SH&ST 'per capita' (em contos)	Nº	%	% Acumulada
< 7.5	24	28.6	28.6
≥ 7.5 e < 15	19	22.6	51.2
≥ 15 e < 30	23	27.4	78.6
≥ 30	18	21.4	100.0
Total	84	100.0	

## 4.12. Prioridade atribuída à saúde como objectivo de gestão

### 4.12.1. Prioridade actual e futura (E1, E2, E3)

A prioridade que *é atribuída actualmente à melhoria da saúde* dos colaboradores (Pergunta E2) não é, em termos gerais, nem alta nem baixa, medida numa escala de intervalo, de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo). A média global situa-se nos 4.4 ( $d.p.=1.3$ ); em contrapartida, a prioridade que *deveria ser atribuída, no futuro* (P.E1) está um ponto acima ( $média=5.3$ ;  $d.p.=1.1$ ) (Quadro IV.4, em anexo).

Convidados a dar a sua opinião sobre a prioridade que *é atribuída actualmente*, pelas *outras empresas do mesmo ramo de actividade*, à melhoria da saúde dos respectivos colaboradores (Pergunta E3), os respondentes baixaram claramente a pontuação: o ponto médio obtido foi de 3.1 ( $d.p.=1.2$ ), na mesma escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo).

O sector que, na percepção dos respondentes, daria menor prioridade à saúde (2.7) seria o da Metalomecânica (CAE DK), Material Eléctrico (DL) e Equipamento de Transporte ( $n=18$ ); em contrapartida, o valor mais elevado (3.5), na escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), iria para o sector da Indústria Extractiva (C), Electricidade, Gás e Água (E), Metalurgia (DJ), Minerais Não-Metálicos (DI) e Química e afins (DF/G) (Figura E3.1). Não há, todavia, diferenças estatisticamente significativas por sector de actividade. Também não há diferenças entre respondentes ( $n=195$ ) e não-respondentes ( $n=64$ ) em relação à pergunta E3, no que diz respeito ao agrupamento de actividade económica.

Feito o teste do alfa de Cronbach, verifica-se que a pergunta, com três itens – (i) prioridade que *é atribuída actualmente à melhoria da saúde*; (ii) prioridade que *deveria ser atribuída, no futuro*; e (iii) prioridade que *é atribuída pelas empresas do mesmo ramo de actividade* – tem uma boa consistência interna ( $Alpha=0.78$ ) ( $n=194$ ).

Refira-se, no entanto, que em relação a esta pergunta específica (Pergunta E3), cerca de um quarto da amostra não soube ou não quis responder ( $n=64$ ). Algumas empresas inclusive consideravam-se as únicas representantes do seu ramo de actividade e, como tal, não se achavam em condições de emitir uma opinião. O que é compreensível: por ex., a única empresa que, na amostra, representa o sector de extracção de minerais metálicos (CAE C), quando tem que se comparar com outras, só pode fazê-lo em relação às suas concorrentes estrangeiras (por ex., minas na América do Norte, América Latina, África, China) (Graça, 1999a). Respondentes e não-respondentes a esta pergunta específica não diferem entre si, em função das principais características sociodemográficas e técnico-organizacionais.

Deverá ser tido em linha de conta o facto de estas três variáveis (prioridade *actual*, prioridade *futura* e prioridade *atribuída pelas outras empresas do mesmo ramo*) não ter uma distribuição normal, como de resto seria previsível. O teste K-S de aderência à normalidade leva à rejeição da normalidade ( $p < .001$ ). Em todas elas há vários *outliers* moderados e/ou severos.

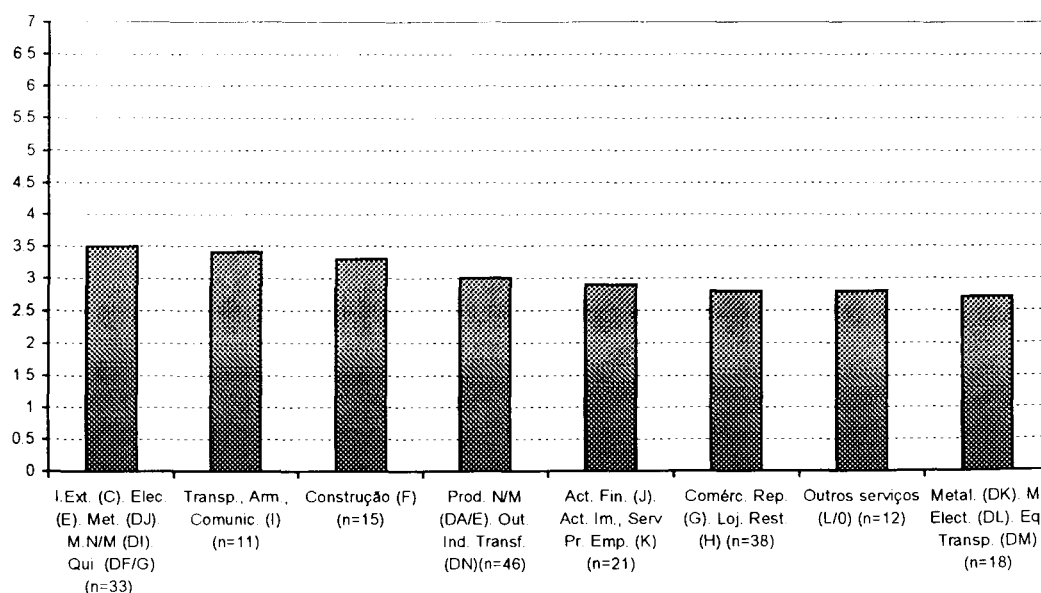
Existem, entretanto, diferenças significativas na opinião dos respondentes sobre a prioridade em relação à *saúde como objectivo de gestão*, quando comparamos diferentes grupos da nossa

amostra: (i) as empresas do *sector produtivo* (n=145) atribuem, em média, uma prioridade mais alta à melhoria da saúde dos seus trabalhadores, por comparação com as suas congéneres do *sector de serviços* (n=109): 4.6 contra 4.1 na *prioridade actual* ( $p < .01$ ); 5.5 contra 5.1 na *prioridade futura* ( $p < .01$ ); (ii) as *multinacionais* (n=63) atribuem um grau de prioridade à saúde superior ao das empresas nacionais (n=186), quer em termos *actuais* (4.9 contra 4.2,  $p < .001$ ) quer em termos de *futuro* (5.8 contra 5.2,  $p < .001$ ); (iii) também as empresas certificadas (n=104) atribuem à *prioridade futura* um valor médio superior ao das outras que não estão certificadas (n=145) (5.5 contra 5.2) ( $p < .01$ ).

Há diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < .001$ ), quando se comparam as empresas com maior ou menor grau de integração do sistema de gestão da SH&ST, em função da prioridade. As empresas mais integradas (n=116) dão maior prioridade à saúde dos seus trabalhadores, seja em termos *actuais* (4.9), seja em termos *futuros* (5.7), quando comparadas com as restantes empresas, menos integradas (n=133) (3.9 e 5.0, respectivamente). O mesmo se passa com as empresas que têm um estilo de gestão democrático ou participativo (n=120), quando comparadas com as restantes (n=129).

A resposta às três questões (Perguntas E1, E2 e E3) é independente do *controlo accionista* (público ou privado); do *volume de emprego* (PME ou GE), da *região* (NUT II), da *antiguidade* e da *principal natureza* dos riscos (físico ou psicossocial).

Figura E3 1 — Prioridade que é atribuída à saúde pelas empresas do mesmo ramo de actividade, por agrupamento de actividade económica (n=194)  
(a)



Escala: de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo)

(a) Excluído o sector primário (n=1)

### 4.13. Grau de implicação dos inquiridos

#### 4.13.1. Atitude das empresas

A análise das respostas à pergunta E6 mostra que há *diferentes graus de implicação* das empresas que aceitaram participar neste estudo, respondendo ao questionário: (i) praticamente quase todas (94%) evidenciaram o seu interesse em ter acesso às *conclusões e propostas*, resultantes deste estudo, inclusive aquelas que manifestaram opiniões críticas quanto ao conteúdo e/ou à forma do questionário (Pergunta E7); (ii) a implicação baixa, compreensivelmente, para os 81% quando se trata de mostrar receptividade em relação a *futuros contactos* com o investigador; (iii) mais reduzida, mas mesmo assim ainda elevada, é a percentagem de respondentes que, em princípio, autorizariam uma *visita de estudo* à respectiva empresa (ou estabelecimento) (66%), com uma ou outra ressalva (“Em princípio, não vemos inconvenientes”; “Em princípio sim, mas essas coisas têm obviamente que ser planeadas”; “A administração costuma colaborar com a universidade, mas terá que ser apreciado o seu pedido”); e, por fim, (iv) é surpreendente a proporção de respondentes (46%) que, de boa fé, manifestaram interesse em fazer parte da *rede europeia de promoção da saúde no local de trabalho* (Quadro E6.1).

As frequências relativas observadas foram calculadas tendo em conta o número de casos omissos. Considerei as não-respostas, não propriamente como uma atitude de reserva ou de não-comprometimento, mas como um sinal de que nalguns casos era necessária informação adicional para decidir (por ex., fazer parte de uma suposta Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho). A pergunta era dicotómica (Sim ou não) (Quadro E6.1).

Quadro E6. 1 — Grau de implicação dos respondentes em relação ao questionário (n=259)

Item	Sim	Não	N/S ou N/R (*)
Tem interesse em conhecer as principais conclusões deste estudo	94.2	3.1	2.7
Está, em princípio, receptivo a futuros contactos c/ o investigador	80.7	11.6	7.7
Autoriza, em princípio, uma visita de estudo	66.4	17.4	16.2
Gostaria de fazer parte da rede europeia de promoção da saúde no trabalho	46.3	32.1	21.6

(\*) Casos omissos

Não há diferenças por sector económico (2 categorias) ou por agrupamento de actividade principal (4 categorias) entre as empresas que responderam sim e as que responderam não (incluindo os casos omissos). Também não há diferenças por região (NUT II), nacionalidade ou inclusão na lista da Exame 500/97. Ou ainda por grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, certificação da qualidade e dimensão (volume de emprego e/ou de negócio).

Há contudo um maior número de GE ( $\geq 250$  trabalhadores) a manifestar um eventual interesse em participar na *Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho* (n=78) do que PME ( $< 250$  trabalhadores) (n=42) ( $p < .05$ ), se bem que a associação seja muito fraca ( $\phi < .20$ ).

Em princípio as empresas que manifestaram interesse em fazer parte da referida rede ( $n=120$ ) apresentam um número maior de actividades de saúde (23.2) do que as outras que responderam não (16.9) ( $n=83$ ) ( $p < .001$ ). O índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST também é muito significativamente maior nestas empresas (0.69), quando comparadas com as restantes (0.60) ( $n=139$ ) ( $p < .001$ ). Não há porém diferenças entre os dois grupos em relação à prioridade atribuída à saúde (Pergunta E2) nem à importância atribuída à participação dos trabalhadores (Pergunta B7).

Há diferenças estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) entre o *cargo ou função* do respondente e a receptividade a *futuros contactos* com o investigador. A gestão intermédia (Director de pessoal, director de produção, director financeiro) mostra-se mais acessível que a administração ou direcção de topo (Presidente ou vogal do Conselho de Administração, director-geral, sócio-gerente). A associação é, todavia, muito fraca ( $\phi < .20$ ).

Quem se mostra receptivo a *futuros contactos* com o investigador, também tende a autorizar, em princípio uma *visita de estudo* à empresa (ou estabelecimento). As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) e a associação é moderada a forte ( $\phi = .65$ ).

A *autorização de visita* à empresa (ou estabelecimento) não está relacionada com o cargo ou função do respondente. Em contrapartida, o eventual interesse em fazer parte da *rede europeia* está associado à autorização da visita. As diferenças são muito significativas ( $p < .001$ ) e o valor de  $\phi$  sugere uma associação moderada (.41). Também há diferenças entre o *interesse em pertencer à rede europeia* e a receptividade a *futuros contactos* com o investigador ( $p < .001$ ;  $\phi = .49$ ).

Uma eventual adesão à rede europeia de promoção da saúde no local de trabalho é independente da exemplaridade no domínio das condições de SH&ST e da sua melhoria (Pergunta B9.1). Em todo o caso, as empresas que gostariam de pertencer à rede europeia são também aquelas que, em teoria, estão mais próximas do conceito e dos princípios da PST: (i) têm em curso (ou realizaram nos últimos cinco anos) maior número total de *políticas, programas e actividades* visando a saúde dos trabalhadores (*média*=36.6; *d.p.* = 17.0;  $n=119$ ), em comparação com as demais empresas (*média*=22.7; *d.p.* = 16.6;  $n=83$ ) ( $p < .001$ ); (ii) as diferenças entre o *número médio de actividades específicas* (excepto as de tipo C) são também estatisticamente significativas; (iii) a *melhoria da saúde do pessoal* é um dos três principais benefícios obtidos (Pergunta D6); em resumo, (iv) são empresas com um nível de integração do sistema de gestão da SH&ST muito mais alto (.69) ( $n=120$ ) do que as restantes (.60) ( $n=133$ ) ( $p < .001$ ).

Os dados disponíveis sobre os *encargos com a saúde* (incluindo a SH&ST), não permitem afirmar que estas empresas investem mais na saúde dos seus trabalhadores do que as restantes. De qualquer modo, tendem a ter *mais recursos humanos* na área da saúde (por ex., enfermeiro, clínico geral). Muito em particular, a existência de *pessoal de enfermagem* está associada ao interesse da empresa em participar na rede europeia. As diferenças são muito significativas ( $p = .001$ ), se bem que a associação seja fraca ( $\phi < .30$ ) (Quadro E6. 2).



Quadro E6. 2 — Interesse em pertencer à rede europeia e apoio de pessoal de enfermagem (n=202)( %)

Apoio de pessoal de enfermagem	Sim	Não
Interesse em pertencer à rede europeia de PST		
Sim	73.2	49.2
Não	26.8	50.8
Total	N=82	N=120

p= .001

#### 4.13.2. Comentários, críticas e sugestões

Cerca de um terço dos respondentes (32.4%) fez críticas, sugestões e comentários, no final do questionário (pergunta E7) sobre (i) o próprio questionário (forma e conteúdo); e/ou (ii) o sistema de gestão da SH&ST no nosso país e na UE.

É um facto que me apraz registar, já que é revelador de uma atitude muito colaborante dos representantes das empresas. A presença de comentários, sugestões ou críticas é independente de: (i) índice de integração do sistema de gestão da SH&ST; (ii) índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho; (iii) serviço interno de SH&ST; (iv) cargo ou função do respondente; (v) resposta ao 1º ou 2º mailing; ou (vi) região (NUT II).

Sobre o questionário em si, há um conjunto de críticas (positivas e negativas) que não vou apresentar e comentar em detalhe. Algumas das críticas têm a ver com a forma e o conteúdo do questionário: por ex., (i) “um pouco longo para a nossa disponibilidade de tempo” ou (ii) “demasiado multidisciplinar para poder ser respondido por um só elemento”, (iii) obrigando, por isso, ao “concurso de vários sectores da empresa”.

Para além de críticas pontuais a esta ou aquela questão, pode dizer-se que o questionário teve uma boa recepção a nível interno das empresas, nomeadamente por parte dos directores de recursos humanos e dos profissionais de SH&ST. Alguns comentários são até porventura demasiado lisonjeiros e entusiásticos, enquanto um ou outro poderá ter sido ditado por mera simpatia e/ou conhecimento pessoal do investigador ou apreço pela instituição (ENSP/UNL) que patrocinou o estudo. Por ex.: (i) “Até que enfim se tenta fazer um diagnóstico correcto da saúde ocupacional em Portugal (...) e oxalá sejam bem sucedidos!”, ou (ii) “Questionário muito bem elaborado”, sendo (iii) “com muito gosto que o [nosso] Grupo colabora no estudo científico a que se destina o questionário”; ou, por fim, (iv) “sentimo-nos honrados por terem seleccionado a nossa empresa”.

A maior parte dos comentários sobre a situação da SH&ST provieram da área da gestão dos recursos humanos. Em todo o caso, centram-se demasiado nas lacunas ou insuficiências do regime jurídico da SH&ST, com destaque para (i) a “falta de regulamentação”; (ii) a “inadequação da legislação à realidade empresarial portuguesa”; e sobretudo (iii) a necessidade do seu cumprimento. Mas também se fazem sugestões relevantes como, por ex., a ideia de que “as contribuições para a Segurança Social e os custos com os seguros de

acidentes de trabalho deveriam reflectir a prática das empresas neste domínio”. Também se fazem críticas ao Governo, ao IDICT e aos parceiros sociais, incluindo os sindicatos que deveriam dar “maior importância à SH&ST”.

Os problemas do exercício da medicina do trabalho, da formação de profissionais de SH&ST, ou da autorização e acreditação dos serviços (em particular, externos) de SH&ST também não são ignorados ou escamoteados, pelo contrário são abordados com frontalidade: por ex., (i) “verifica-se uma tendência crescente para a ramificação/proliferação de firmas prestadoras de serviços de SH&ST, sem qualificação”; (ii) é “negativa a proliferação (...) das empresas de prestação de serviços de SH&ST, não inseridos no local de trabalho”; ou (iii) “não há médicos do trabalho suficientes para responder ao mínimo exigido na lei, quanto mais ao restante”.

Finalmente, há também quem pense que o problema começa nas empresas e que estas devem assumir as suas responsabilidades. Por exemplo, (i) o director de pessoal de um grupo empresarial ligado à indústria de moldes diz taxativamente que “não podemos dar-nos ao luxo de perder, para a concorrência, trabalhadores altamente qualificados, por falta de investimento nas condições de trabalho”; por sua vez, (ii) o director técnico da qualidade de uma PME na área na construção escreve que “é preciso sensibilizar [as empresas] de que a medicina do trabalho e a higiene e a segurança no trabalho são também um proveito e não um custo”.

#### 4.13.3. Elementos de identificação

Apraz-me registar que apenas 4% dos respondentes não quiseram identificar a sua empresa (ou estabelecimento) (*Quadro E8.1*). Além disso, a grande maioria não teve problemas em indicar o número de telefone (96%) e/ou de fax (63%), bem como o nome e o cargo e/ou função do elemento de contacto (94%). Já o endereço de e-mail foi fornecido por um número reduzido de respondentes (5%).

Quadro E8. 1— Número de respondentes por elementos identificação da empresa (n=259)

Elemento de identificação	Nº	%
Nome da empresa	248	95,8
Número de telefone	247	95,7
Nome, cargo ou função de elemento de contacto	243	93,8
Número de fax	164	63,3
Endereço de e-mail	13	5,0

## Capítulo V – Discussão dos resultados

### 5. 1. Introdução

#### 5.1.1. Taxa de resposta e validação da amostra

A taxa de resposta ao inquérito por questionário postal aproximou-se dos 20%, o que se pode considerar bastante satisfatório, tendo em conta (i) as características da amostra e (ii) o facto de o questionário não ser anónimo (iii) nem de fácil resposta. Na melhor das hipóteses era esperada uma taxa de resposta da ordem dos 20% (n=300) a 25% (n=375). O *follow-up* telefónico e o 2º *mailing* contribuíram para este desempenho. Não se justificou, porém, a realização de um 3º *mailing*.

Já aqui fiz referência ao projecto *Innovative workplace action for health* (1989-1992), financiado e coordenado pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, e no âmbito do qual foi realizado um inquérito por questionário postal a uma amostra de empresas de sete países da UE (na altura, CEE) (Wynne e Clarkin, 1992). O trabalho de campo decorreu durante o ano de 1991. Responderam ao questionário 1451 empresas da Alemanha, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália e Reino Unido, empresas essas que eram maioritariamente do (i) sector *privado* (75%), de (ii) controlo accionista *nacional* (73%) e de (iii) dimensão *média* (entre 100 a 500 trabalhadores) (53%).

A amostra, colhida em cada país em *duas regiões assimétricas* em termos da população em estudo, estava longe de ser representativa do universo de empresas de cada país (nem pretendia sê-lo), nomeadamente em relação à dimensão (ou volume de emprego). Era esperado que fossem obtidas “pelo menos 200 respostas ao questionário” em cada um dos países (Wynne e Clarkin, 1992: 85).

A taxa de resposta global foi de 24%, variando entre os 11% na Alemanha e os 37% na Grécia. A relativamente elevada (e talvez inesperada) taxa de resposta na Grécia – dada a baixa taxa de cobertura da população trabalhadora grega por serviços de SH&ST (menos de 6%) – só podia ser explicada pela circunstância de o inquérito por questionário ter sido realizado naquele país sob os auspícios da respectiva Inspeção Geral do Trabalho. Entre os países que ficaram aquém das 200 respostas constavam a Alemanha e a Irlanda. De qualquer modo o número de questionários enviados pelo correio variou entre um máximo de 1419 (Alemanha) e um mínimo de 535 (Grécia).

A Alemanha foi, de facto, um caso paradigmático de baixa taxa de resposta. No *mailing* participaram quatro instituições diferentes, localizadas em diferentes regiões. A taxa de resposta variou com o remetente: por exemplo, 5.5% no caso do *Hamburg Local Health Insurance Fund*, e 14.5% no caso do *Institute of Health and Social Research*, com sede em Berlim.

Face à baixa taxa de resposta global (11.3%), Hauss (1992: 3) concluiu que a amostra não era, de modo algum, representativa das empresas alemãs, quer da parte ocidental quer da parte oriental (antigo território da República Democrática Alemã). Quanto aos

respondentes, eram empresas que, de um modo geral, tinham uma *política activa* no domínio da SH&ST.

Além disso, as empresas de menor dimensão estavam claramente sub-representadas: as empresas com menos de 500 trabalhadores constituíam apenas 16% da amostra alemã, contra 20% de empresas com mais de 5 mil.

Segundo os autores do relatório final, a desagregação dos respondentes por sector de actividade económica mostrava que a amostra europeia (ou, em rigor, a amostra dos sete países comunitários) era, de facto, enviesada: (i) o sector secundário estava sobrerrepresentado em detrimento dos sectores primário e terciário; e, só por si, (ii) as indústrias transformadoras representavam mais de 63% do total dos respondentes. "This finding supports the view that the sample contained a *preponderance of companies who are active in the health and safety field*, as *the manufacturing sector* has perhaps the longest tradition of activity in these areas" (Wynne e Clarkin, 1992: 87. Itálicos meus).

A esta baixa taxa de resposta ao inquérito da Fundação Europeia poder-se-ia contrapor o *Health at Work in the NHS: Survey of Hospital Activity*. De um total de 402 questionários enviados aos hospitais do SNS inglês, pelo correio, foram respondidos 288, uma taxa de resposta de 72% que é (i) "remarkably higher for a postal survey of this nature" e que, ao mesmo tempo, demonstra (ii) "a recognition of the importance which participants attach to HaW [Health at Work in the NHS] initiative" (Seccombe e Patch, 1995: 3).

Deverá, contudo, acrescentar-se que o estudo (i) fora encomendado pela *Health Education Authority* inglesa a uma agência especializada; e (ii) tinha, além disso, o alto patrocínio do *NHS Management Executive*. O respectivo *Chief Executive Officer* (abreviadamente, CEO) assinava a carta que acompanhava o questionário, dirigida ao coordenador local do programa *Health at Work in NHS* nos hospitais públicos ingleses (não existindo esta figura ou não sendo conhecido o seu nome, o questionário era endereçado ao director de recursos humanos). O tempo de resposta era estimado entre 15 e 20 minutos. O *mailing* foi realizado na terceira semana de Janeiro de 1994, sendo dado um prazo curto de resposta (até 14 de Fevereiro). Foi feito um primeiro *follow-up* postal aos não-respondentes no final da primeira quinzena desse mês e, três semanas depois, um segundo. O trabalho de campo foi concluído no início de Abril. Os hospitais ingleses que responderam em tempo útil e cujas respostas foram objecto de tratamento informático e estatístico (n=274) representavam 750 estabelecimentos hospitalares.

Podia citar-se um exemplo português, o estudo de avaliação da satisfação profissional dos profissionais de saúde (n=620) dos 14 centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja, cujo trabalho de campo foi realizado durante o mês de Novembro de 1998. O questionário foi distribuído por mão própria e devolvido em envelope fechado a um coordenador local. O empenhamento do Núcleo de Formação e Investigação da SRS de Beja, a par das direcções dos centros de saúde, foi importante na obtenção de uma taxa de resposta global de 51%. Houve variações na taxa de resposta por agrupamento profissional: 64%, no caso dos enfermeiros (n=99); 59% entre os administrativos (n=97); 53% entre os médicos (n=61); e 25%, no caso de outro pessoal (Graça e Sá, 1999).

Um outro inquérito por questionário postal com uma boa taxa de resposta (49%) foi o de Hollander e Lengermann (1988), também já aqui citado, dirigido às empresas da lista da *Fortune 500/1984*. Contrariamente ao que se passou no meu caso, o questionário norte-americano foi enviado directamente ao (i) *health or medical director* da empresa; só em alternativa era remetido ao (ii) CEO, no caso de não existir ou ser desconhecida a figura do director de saúde ou do director dos serviços médicos. Em todo o caso convém não esquecer que as empresas da lista da *Fortune* constituem sempre uma selecção das maiores e melhores empresas norte-americanas.

Em contrapartida, uma taxa de resposta baixa (à volta de 11%) pode ser considerada a do inquérito por questionário postal realizado pela *Japan Industrial Safety and Health Association* (JISHA), junto de uma amostra de mais de 1300 empresas, tendo como tópico principal os custos e os benefícios da SH&ST (JISHA, 2000).

Voltando ao ficheiro da D&B e aos meus respondentes, eles diferem quanto à dimensão (volume de emprego e/ou de negócio). O critério da dimensão, em si, não era crucial para este estudo, à partida limitado ao universo das nossas duas mil maiores empresas. Tendo em conta a estrutura do ficheiro da D&B, as Grandes Empresas (GE) estão sobre-representadas. Tal é explicável, em parte, pelos critérios utilizados na selecção das 1500 empresas a quem foi enviado o 1º *direct mailing*. De facto, a selecção foi feita aleatoriamente por computador tendo como critério principal o *volume de emprego*: (i) 75 ou mais trabalhadores no sector terciário (n=500); e (ii) 100 ou mais trabalhadores nos restantes sectores de actividade (n=1000). Um segundo critério (complementar) foi o do *volume de negócio*: as 500 empresas do sector terciário, com 75 ou mais trabalhadores, bem como as 1000 dos restantes sectores, com 100 ou mais trabalhadores, eram também as maiores em volume de negócio (ou vendas líquidas).

As empresas da (i) Região de Lisboa e Vale do Tejo (abreviadamente, RLVT) estão igualmente sobre-representadas no conjunto dos respondentes. O mesmo se passa com (ii) as sociedades anónimas, (iii) as empresas fundadas antes de 1974 e (iv) as empresas viradas para a exportação. No primeiro caso, aquele resultado reflecte as conhecidas assimetrias do nosso tecido empresarial e a macrocefalia do país. Por outro lado, este enviesamento, resultante do número de não-respostas, é frequente em inquéritos por questionário postal (Armstrong e Overton, 1977).

Esta situação poderá também ser explicada, em parte, pela (i) própria *origem institucional* do investigador, mas também pela (ii) *maior dimensão* das empresas com sede na RLVT. Desnecessário será recordar que a instituição a que eu pertenço (ENSP/UNL) se localiza justamente na capital do país, e que foi utilizado o respectivo papel timbrado e o respectivo logotipo na correspondência enviada às empresas.

Uma outra explicação, intuitiva mas plausível, para as assimetrias geográficas da amostra poderá ter a ver ainda com: (i) *maior tradição* das empresas, com sede na RLVT, em matéria de organização e funcionamento de actividades e serviços de SH&ST; (ii) *maior concentração* (e, portanto, maior oferta) de profissionais de SH&ST (e nomeadamente médicos do trabalho) nesta região do país; ou (iii) *maior proximidade* destas empresas em relação à escola que durante duas décadas e meia formou médicos do trabalho em Portugal, numa situação de monopólio (Costa, 1982; Faria, 1983 e 1994). Poderia ainda alegar-se uma eventual (iv)

*maior facilidade de contactos* com algumas destas empresas cujos representantes (v.g., gestores, directores de recursos humanos, médicos do trabalho, enfermeiros e outros profissionais de SH&ST) conheciam o investigador, pessoalmente ou apenas de nome.

Relativamente à sub-representação das empresas fundadas a partir de 1974, ela também pode ter uma explicação verosímil: estas empresas (i) tendem a pertencer ao sector de serviços; e (ii) a ser de menor dimensão. Por outro lado, (iii) este período da nossa história recente (e nomeadamente até 1991) é porventura aquele em que foram menos visíveis as preocupações com a SH&ST, tanto no plano político e social como em matéria legislativa e normativa, como de resto foi posto em evidência pelo relatório da missão multidisciplinar do PIACT/OIT que nos visitou em 1984 (BIT, 1984; Portugal. Ministério do Trabalho e Segurança Social, 1987).

Recorde-se, ainda a propósito, que o acordo específico sobre SH&ST, celebrado entre o Governo e os Parceiros Sociais, no âmbito do então Conselho Permanente de Concertação Social, data apenas de 1991 e decorre dos compromissos resultantes da nossa integração europeia em 1986 (Portugal. CPCS, 1991 a; Graça, 2002).

Quanto ao peso das multinacionais (66 num total de 259 respondentes) parece-me perfeitamente aceitável. Dois terços são provenientes da União Europeia. Em ambos os casos trata-se da mesma proporção que foi encontrada na lista da *Exame 500/97*. Esta informação, por seu turno, não constava do ficheiro da D&B.

Onde a amostra e a população não diferem entre si é na distribuição por sector de actividade económica, reduzido a duas categorias (produção e serviços). Os casos observados e esperados também não diferem quando a amostra e a população são repartidas por agrupamento de actividade económica (4 categorias).

Por comparação com a minha amostra (n=259) podia dizer-se que, nos sete países da CEE (Wynne e Clarkin, 1992), (i) a proporção de *multinacionais* era sensivelmente a mesma (27% na CEE e 25% em Portugal); (ii) o *sector público* (organismos públicos autónomos e empresas de controlo accionista público) tinha mais peso (18%) do que na amostra portuguesa (11%); (iii) a percentagem de empregadores com *500 ou mais trabalhadores* era praticamente a mesma (cerca de 1/3); (iv) as empresas do *sector terciário* estavam claramente sub-representadas (30% na CEE contra 42.5% em Portugal); e, por fim, (v) as empresas do *sector do comércio* também estavam sub-representadas (pouco mais de 5% contra 19% em Portugal).

Em resumo, a amostra portuguesa (1997/98) é, pelo menos, mais equilibrada do que a amostra dos sete países da CEE (1991), nomeadamente em termos de sector de actividade e de dimensão (ou volume de emprego) da empresa. Mesmo assim, os resultados do presente inquérito por questionário (n=259) só podem ser extrapolados para o universo ou população de referência (N=2072), com base nos seguintes critérios: (i) agrupamento de actividade principal (4 categorias); (ii) sector de actividade económico (produção ou serviços); (iii) controlo accionista (nacional ou estrangeiro); e (iv) volume de emprego por sector económico.

Quanto às outras variáveis sociodemográficas (nomeadamente, região, forma jurídica, capital social, dimensão, exportação e antiguidade), a amostra está enviesada, devido à

sobrerrepresentação das (i) empresas da RLVTV, das (ii) sociedades anónimas, bem como das empresas com (iii) maior montante de capital social, (iv) maior volume de emprego, (v) maior volume de negócio, (vi) orientação para o mercado externo e ainda (vii) das empresas fundadas antes de 1974.

Desconhecia-se a estrutura da população em relação a outras variáveis importantes, nomeadamente de natureza técnico-organizacional, como por exemplo (i) a modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho; (ii) a integração do sistema de gestão da SH&ST; (iii) a certificação da qualidade; (iv) o nível e as formas de participação dos trabalhadores; ou (v) as modalidades de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST. Esta foi, de resto, uma das razões por que estas variáveis foram introduzidas no questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho*.

É de chamar, entretanto, a atenção para o peso económico e social das empresas que responderam ao questionário (n=259), as quais (i) empregavam mais de 181 mil trabalhadores (quase um ¼ da população trabalhadora abrangida pelo Balanço Social); (ii) detinham um capital social de 1.7 mil milhões de contos aproximadamente; (iii) facturavam cerca de 6 mil milhões de contos (excluindo o volume de negócios das sociedades financeiras); (iv) despendiam cerca de 640 milhões de contos com encargos salariais; e (v) representavam um Valor Acrescentado Bruto da ordem dos 1450 milhões de contos (cerca de 8.4 do PIB nominal de 1996).

É ainda de sublinhar a existência, na minha amostra, de cerca de 45% de empresas que constavam da lista das *Maiores e Melhores da Exame 500/97*. Grosso modo, uma em cada cinco empresas da *Exame 500/97* responderam ao questionário postal sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* (n=108), incluindo algumas das mais conhecidas multinacionais, comunitárias e não comunitárias, que operam em Portugal (n=35).

Trata-se sem dúvida de uma boa amostra do universo das nossas duas mil maiores empresas, a avaliar pelas comparações feitas com fontes de informação administrativa, além da lista da *Exame 500/97*: (i) Ficheiro da D&B, (ii) Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos (FCEE); (iii) Quadros de Pessoal; e (iv) Balanço Social.

### 5.1.2. Atitude dos representantes das empresas

A atitude em relação a este projecto de investigação foi amplamente favorável e as respostas ao questionário postal foram dadas de boa fé, com a isenção e a objectividade possíveis, merecendo por isso credibilidade, a avaliar pelos seguintes resultados: (i) 96% das empresas não tiveram qualquer relutância em *identificar-se*, não obstante o melindre de algumas questões; (ii) 94% indicaram o nome de um *elemento de contacto*; (iii) outros tantos manifestaram *interesse em conhecer as principais conclusões* deste estudo; (iv) 81% mostraram-se receptivos, em princípio, a *futuros contactos* com o investigador; (v) 66% declararam autorizar, também em princípio, uma *visita de estudo* à empresa (ou estabelecimento); (vi) 46% assinalaram que gostariam de fazer parte da *rede europeia de promoção da saúde no trabalho*; e, por fim, (vii) cerca de um terço dos respondentes fez *comentários e críticas*, manifestando a sua opinião sobre o questionário ou sobre os problemas relacionados com o sistema de gestão da SH&ST a nível nacional ou a nível da empresa.

Por outro lado, a elevada percentagem (quase 90%), entre os respondentes (Pergunta A2), de representantes da gestão de topo e da gestão intermédia, dá não só (i) uma indicação do grau de *empenhamento* que foi posto na resposta ao questionário, como inclusive constitui (ii) uma certa *garantia* de que as respostas reflectem o ponto de vista da administração/direcção da empresa ou, pelo menos, da linha hierárquica e não propriamente o ponto de vista dos profissionais de SH&ST (que, em geral, pertencem ao *staff* e não ao *line*, no caso dos serviços internos de SH&ST ou são apenas colaboradores da empresa, no caso dos serviços externos e interempresas).

## 5.2. Sociodemografia (A7)

Devido ao (i) elevado número de não-respostas ( $n=77$ ), à (ii) variabilidade da taxa, ao (iii) número de empresas que indicaram uma taxa zero ( $n=29$ ) e, por fim, às (iv) características da própria amostra, é difícil estimar a proporção de trabalhadores sindicalizados. No conjunto da população trabalhadora das empresas com taxa maior que zero e que responderam esta pergunta específica do questionário ( $n=153$ ), a taxa média de sindicalização rondava os 55%, muito acima, pois, dos 30% estimados para os trabalhadores portugueses por conta de outrem e referidos por diversos autores ao longo da década de 1990 (v.g., Ribeiro *et al.*, 1994; Cerdeira, 1997; Dornelas, 1999).

Em todo o caso, mais de metade dos respondentes ( $n=182$ ) indicaram taxas de sindicalização iguais ou superiores a 30% ( $n=100$ ). A maior sindicalização nestas empresas está associada à composição socioprofissional da mão-de-obra (género, idade e escolaridade) e ao controlo accionista. De acordo com o modelo de análise de regressão logística múltipla (abreviadamente, RML), apresentada no *Quadro V.1*, um maior nível de sindicalização ( $\geq 30\%$ ) é mais provável ocorrer em empresas de controlo accionista público ou cooperativo (24 vezes mais do que nas de controlo accionista privado); e com predominio de trabalhadores (i) do sexo masculino (2.7 vezes mais); (ii) do grupo etário dos 40 ou mais anos de idade (3.7 vezes mais); e (iii) e com menor escolaridade (2.5 vezes mais). Em contrapartida, neste modelo, o sector de actividade e a dimensão da empresa não permitem predizer uma taxa de sindicalização igual ou superior a 30%. De qualquer modo, o modelo explicará cerca de 76% do fenómeno em estudo, para um nível de significância de  $p < .001$ .

Quanto às outras características sociodemográficas, é de referir que não se afastavam muito das tendências encontradas nas duas mil maiores empresas abrangidas pelo Balanço Social. Em finais de 1996, por exemplo, (i) 27% dos trabalhadores eram mulheres; (ii) 32% tinham mais de 40 anos; e (iii) 67% possuíam menos de 9 anos de escolaridade (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Departamento de Estatística, 1998). É de presumir que, face ao *downsizing* operado em largos sectores nos últimos anos, tenha havido entretanto algum rejuvenescimento da mão-de-obra.



Quadro V. 1 – Análise de factores preditivos de um nível de sindicalização  $\geq 30\%$ , por regressão logística múltipla (n=170)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Mais de 50% de homens	137	33	< .001	75.9	2.7	1.1 – 6.9
Mais de 50% de pessoal c/ escolaridade < 9 anos	107	63			2.5	1.1 – 5.9
Mais de 50% do pessoal c/ $\geq 40$ anos de idade	80	90			3.7	1.7 – 8.0
Mais de 50% de colarinhos azuis	103	67			4	.2 – 1.0
Controlo accionista público ou cooperativo	30	140			23.7	2.9 – 192.5
Sector produtivo	100	70			2.1	.9 – 4.9
Grande empresa ( $\geq 250$ ou mais trabalhadores)	100	70			6	.3 – 1.4

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

A pergunta respeitante aos *colarinhos azuis* não era de fácil resposta, o que poderá explicar um número relativamente elevado de casos omissos (14.7%), mais de metade dos quais no sector de serviços. Não há equivalência a esta figura na declaração do Balanço Social. Os *colarinhos azuis* eram definidos, em anotação à pergunta A7 do questionário, como “pessoal directamente afecto à produção, por oposição a *colarinhos brancos* (dirigentes, quadros e outro pessoal de apoio técnico e administrativo)”. Nos sectores primário e secundário, esta distinção é relativamente fácil de operar. Mas já o mesmo não se pode dizer no sector terciário. De qualquer modo, os *colarinhos brancos* tendem a predominar nas empresas com (i) mais de 50% de pessoal com escolaridade igual ou superior a 9 anos e (ii) pertencentes ao sector terciário, independentemente do período da sua fundação (Quadro V.2).

Quadro V. 2 – Análise de factores preditivos do predomínio de colarinhos brancos por regressão logística múltipla (n=207)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Mais de 50% c/ escolaridade $\geq 9$ anos	80	127	< .001	67.6	3.4	1.8 – 6.2
Empresa fundada no período de 1974-1996	75	132			7	.4 – 1.3
Sector terciário	80	127			1.9	1.1 – 3.6

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

### 5.3. Características técnicas e organizacionais

#### 5.3.1. Modernização do sistema de técnico e organizacional de trabalho

Recorde-se que este indicador combina (i) o grau de *modernização tecnológica* com (ii) a *qualificação do posto de trabalho* mais característico da área da produção. Um índice baixo ( $\leq 0.58$ ) significa o predomínio de formas *taylorizadas* de organização do trabalho (v.g., conteúdo de trabalho pobre e repetitivo, posto de trabalho individualizado, sem autonomia,

fraca qualificação profissional), associadas em geral a baixa modernização do sistema de produção e a um estilo de gestão autocrático ou autoritário.

Em relação ao primeiro indicador, pode parecer demasiado elevada a percentagem de respondentes (71%) que estariam no grupo de empresas tecnologicamente mais modernas (valores 4 e 5 da escala constante da pergunta A10). Para uma correcta interpretação dos resultados há que ter em conta o seguinte: (i) trata-se de uma amostra das nossas duas mil maiores (e, em princípio, melhores) empresas; (ii) a resposta foi dada numa escala ordinal, com cinco graus de modernização tecnológica, ordenados de 1 (*Muito baixo*) a 5 (*Muito alto*); (iii) a pergunta não era factual mas de *autopercepção*, podendo a resposta ter sido enviesada pelo *efeito de halo* ou até por razões de imagem e de prestígio.

Na realidade, a pergunta não era de resposta fácil: (iv) como muitos outros fenómenos sociais, a modernização tecnológica das empresas não tem, necessariamente, uma distribuição normal; e, por fim, (v) as empresas que não se modernizam e que operam em economia aberta, acabam por perder competitividade e desaparecer do mercado.

Há *nuanças* que dificultam a resposta a esta pergunta e a sua interpretação. Na realidade, há uma grande diversidade e complexidade de *tecnologias*, de ramo de actividade para ramo de actividade (por ex., têxteis e moldes para plástico), de empresa para empresa, de estabelecimento para estabelecimento dentro da mesma empresa e até dentro do mesmo estabelecimento. Por exemplo, um dos respondentes, representante de uma fábrica de fição de fibras sintéticas, refere que “há três fábricas dentro da fábrica: química, química têxtil e têxtil”, com diferentes graus de evolução tecnológica.

Um outro respondente (Fábrica de embalagens metálicas) comentou que (i) “a empresa é inovadora em termos de gestão” (introdução do *Total Productivity Management, Statistical Production Control*, etc.), mas que (ii) “a modernização tecnológica é variável: há tecnologia de ponta (montagem, litografia) e outra já com 20/25 anos (componentes)”; (iii) na escala de 1 (Muito baixo) a 5 (Muito alto) classifica, no entanto, como “alto” (4) o seu grau de modernização tecnológica, resultante da seguinte avaliação ponderada dos três sectores: Litografia (5) + Montagem (4) + Componentes (2).

Um terceiro exemplo pode ser o da indústria de moldes, apresentada já no final da década de 1980 como um paradigma do que deveria ser a indústria em Portugal, ou seja, “uma indústria baseada em pequenos nichos”, cheia de enormes potencialidades, casando a nossa melhor tradição artesanal em mecânica fina com as novas tecnologias (v.g., CAD/CAM); em contrapartida, enfrentava sérios problemas como a escassez de mão-de-obra qualificada, devida à inexistência de um “verdadeiro ensino politécnico” (Henrique Neto, entrevistado por Mónica, 1990: 177-183.).

A noção de *modernização tecnológica* (Kovács, 1989; Moniz, 1989) é, pois, muito relativa: (i) há produtos como os transformadores de potência e de distribuição cuja tecnologia não evoluiu muito de há cem anos para cá (contrariamente ao automóvel, por ex.); (ii) esses produtos continuam a ser fabricados segundo o princípio básico da linha de montagem, em pequenas séries, ou então segundo o sistema de produção unitária, por encomenda (Graça, 1999c); (iii) em casos como estes, estamos perante indústrias de mão-de-obra intensiva que, para aumentar a qualidade, a produtividade e a competitividade, não têm muitas opções ao seu

dispor (e nomeadamente as de natureza tecnológica), a não ser aumentando o *valor acrescentado*, com o aproveitamento das áreas a *montante* (Investigação & Desenvolvimento, concepção de produtos) e a *jusante* da produção (marketing, comercialização, distribuição, assistência pós-venda) (Porter, 1994; Freire, 1995 e 1997; Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, 1996).

A generalidade dos respondentes terá, pois, entendido a noção de *modernização tecnológica* num sentido suficientemente amplo e de senso comum, abarcando não só (i) a introdução de novos produtos e processos de fabrico ou (ii) a mecanização e a automatização de processos de fabrico já existentes como também (iii) a introdução de novos métodos e técnicas a montante e a jusante da produção (por ex., concepção, planeamento, controlo da produtividade e da qualidade, *design*, *marketing*).

Em todo o caso, não se podia esperar que o grau de modernização tecnológica das nossas empresas fosse muito alto, mesmo limitando o conceito de modernização tecnológica à simples introdução de novas tecnologias e até reduzindo estas aos simples meios informáticos (v.g., PC, rede, *mainframe*).

De facto, e de acordo com o *Second European Survey on Working Conditions* (Paoli, 1997), Portugal figurava em meados da década de 1990 como o Estado-membro da União Europeia, a seguir à Grécia (com apenas 11%), em que era menor a proporção de trabalhadores que usavam *computador no local de trabalho*, durante um ¼ ou mais do seu tempo de trabalho (22% contra 55% na Holanda). Essa proporção passou para 25% em 2000 (41% no conjunto dos 15 Estados-membros) (Paoli e Merlié, 2001). Recorde-se, em todo o caso, que a proporção portuguesa duplicou ao longo da década de 1990: era de 12% em 1991 (Paoli, 1992).

Mas a modernização tecnológica é apenas parte da solução do problema complexo que enfrentam as nossas empresas, e que pode resumir-se na expressão “desafios da competitividade global”, consagrada no *Livro Verde para a Sociedade da Informação* (Portugal. Ministério da Ciência e Tecnologia, 1997: 55). A modernização implica a integração de três componentes fundamentais: *hardware* (engenharia) + *software* (gestão) + *humanware* (recursos humanos).

Os resultados do meu inquérito por questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* vêm confirmar aquilo que há muito os sociólogos do trabalho puseram em evidência, e que constitui um dos pontos fracos da nossa estrutura produtiva: a sobrevalorização do *determinismo tecnológico* no processo de modernização das empresas, ou seja, (i) redução do processo de inovação à introdução de novas tecnologias e (ii) a persistência de filosofias e práticas organizacionais fortemente enraizadas no modelo tradicional de empresa, que ignoram pura e simplesmente os factores sócio-organizacionais como factores de produtividade e competitividade (Moniz, 1989a; Kovács, 1989a; Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, 1996).

Já em 1991 a propósito de um estudo encomendado pela UGT à empresa de consultoria Challenge (*As Implicações da Modernização Tecnológica na Estrutura do Emprego*, a cujo relatório não tive acesso), se falava em “modernização tecnológica inacabada” (sic) e se exigia “uma

segunda modernização, a dos paradigmas de gestão e de produção ainda vigentes” (Rodrigues, 1991a).

Em traços largos, o estudo da Challenge (que incidiu sobre mais de duas dezenas de empresas dos sectores metalomecânico e têxtil, seleccionadas como casos de introdução de novos processos de produção) dava conta da coexistência de duas realidades tecnológicas distintas dentro da empresa: por um lado, (i) os novos equipamentos, mais modernos, surgiam como ‘adicionalidades’ à capacidade produtiva existente; e por outro, (ii) tendiam a ser ‘operados à maneira antiga’, o mesmo é dizer que não se rentabilizavam as suas potencialidades de melhoria da produtividade, qualidade e competitividade.

Em artigo de opinião publicado no *Expresso*, dois elementos da equipa da Challenge que produziram o citado relatório (i) mostravam-se preocupados com o facto de a realidade portuguesa se manter ainda alheia à necessidade (urgente) da construção de uma “nova cultura organizacional”; (ii) falavam de um quadro de modernização, redutor, em que esta surge como um mero aumento das capacidades produtivas (e, eventualmente, com algumas melhorias da qualidade); ao mesmo tempo que (iii) defendiam, na esteira da UGT (1987), um “acordo de solidariedade nacional para a modernização” face às previsíveis consequências do processo de inovação tecnológica (aumento do desemprego e da conflitualidade sócio-laboral) (Collot e Rodrigues, 1991).

A análise de regressão logística múltipla não permite prever o impacto, na modernização do sistema de trabalho, dos investimentos feitos nos componentes materiais de trabalho. Ou por outras palavras a modernização do sistema técnico-organizacional do trabalho é independente dos investimentos, feitos nos últimos cinco anos anteriores à inquirição, nos componentes materiais de trabalho (com objectivos de expansão, de substituição, de racionalização ou de melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular). A modernização do sistema de trabalho parece, contudo, ser mais provável nas multinacionais (2.4 vezes mais) bem como nas empresas que fizeram investimentos com um objectivo de expansão e, simultaneamente, de melhoria das condições de trabalho em geral e/ou de SH&ST em particular (1.8 vezes mais) (*Quadro V.3*).

A modernização do sistema de trabalho também parece ser independente da composição sociodemográfica da mão-de-obra, com excepção da escolaridade (*Quadro V.4*). De facto, as empresas em que predominam os trabalhadores com 9 anos ou mais de escolaridade têm 2.7 mais *chances* de terem sistemas de trabalho mais modernos. No entanto, o valor preditivo do modelo é relativamente baixo (pouco mais de 61%).

Quadro V 3 – Análise de factores preditivos da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (I) por regressão logística múltipla (n=245)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Multinacional	63	182	001	62.4	2.4	1.3 – 4.2
Modernização Perfil 1 (a)	71	174			1.8	1.1 – 3.2

(a) Investimentos c/ objectivo de expansão e de melhoria das condições de trabalho, em geral, e/ou das condições de SH&ST, em particular

\* Adjusted Odds Ratio    \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

Quadro V.4 – Análise de factores preditivos da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (II), por regressão logística múltipla (n=204)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Mais de 50% de homens	158	46	< .05	61.3	8	4 – 18
Mais de 50% de pessoal c/ escolaridade ≥ 9 anos	77	127			2.7	1.4 – 5.0
Mais de 50% de colarinhos azuis	126	78			1.4	7 – 2.6
Sector produtivo	125	79			1.3	7 – 2.4

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

Em relação aos investimentos feitos nos últimos cinco anos anteriores à inquirição (pergunta A9), há portanto que chamar a atenção para a incongruência de objectivos e de resultados: (i) praticamente todas as empresas fizeram um ou mais investimentos a nível de *produtos, processos, instalações e equipamentos*; (ii) três em cada cinco terão investido inclusive na *melhoria das condições de trabalho*, em geral; (iii) mas apenas uma em cada cinco terá tirado partido do efeito de sinergia desses investimentos na melhoria da saúde, bem-estar e segurança dos seus colaboradores; o mesmo é dizer que (iv) no nosso país se continua a dissociar, na prática, a *melhoria das condições de SH&ST* dos outros objectivos de gestão (por ex., melhoria da produtividade e da competitividade, gestão da qualidade, protecção do ambiente, satisfação do cliente).

Estes resultados não surpreendem. De facto, um dos pontos fracos das nossas empresas e da sua envolvente socioeconómica é justamente *o baixo nível de melhoria das condições de trabalho*, incluindo a SH&ST (Portugal. Presidência do Conselho de Ministros, 1996).

Também não é surpreendente, por isso, a percentagem de empresas (59%) em que o posto de trabalho mais característico da área das produção apresenta os atributos típicos do *taylorismo-fordismo*: (i) conteúdo do trabalho pobre e repetitivo; (ii) heterocontrolo; (iii) posto de trabalho individualizado; (iv) fraca qualificação do operador. Só em pouco mais de 40% da amostra é que se tendia a conjugar (i) a modernização tecnológica com a (ii) adopção de *novas formas de organização do trabalho* (v.g., trabalho com conteúdo rico e variado, baseado na equipa, exigindo autocontrolo e maior qualificação profissional).

Os resultados do 2º e 3º Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho, já citados na revisão de literatura, também apontam neste sentido: de um modo geral, os postos de trabalho em Portugal (i) são menos qualificados (e qualificantes) do que na generalidade dos Estados-membros da União Europeia; e nomeadamente (ii) têm um conteúdo de trabalho mais pobre, repetitivo e monótono.

Os dados dos inquéritos de 1995 e 2000 sugerem uma *taylorização* tardia dos nossos sistemas de trabalho. De facto, em 2000 Portugal apresentava (i) a mais baixa percentagem de trabalhadores cujo trabalho envolvia *operações complexas* (40%); (ii) um terço dos trabalhadores portugueses estavam sujeitos a *ciclos operatórios curtos* (menos de 10 minutos), uma proporção que todavia estava dentro da média comunitária (32%); (iii) mais de 60% dos trabalhadores

portugueses executavam, durante um quarto ou mais do seu tempo de trabalho, *movimentos repetitivos com o braço ou com a mão* (65% em 1995; 62% em 2000).

Entre 1995 e 2000, também aumentou a proporção de trabalhadores portugueses que trabalhavam (iv) sem possibilidade de *rotação de tarefas ou polivalência* (56% em 1995; 66% em 2000) ou cujo trabalho (v) não exigia a aprendizagem de coisas novas (34% em 1995; 43% em 2000). Por outro lado, a penetração da informática continuava a ser a mais baixa, a seguir a Grécia. (Paoli, 1997; Paoli e Merllié, 2001; European Foundation, 2002).

### 5.3.2. As maiores e as melhores

A pertença à lista da *Exame 500/97* acaba por não ter especial relevância para o presente estudo, não podendo ser comparada com a lista da *Fortune 500*, enquanto barómetro da inovação sócio-organizacional (Hollander e Lengermann, 1988).

As empresas que responderam ao questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* e que faziam parte da lista da *Exame 500/97* (n=108) tendem, de facto, a (i) ser as *maiores* (em volume de emprego e de vendas), mas (ii) não são necessariamente as *melhores*, não do ponto de vista económico-financeiro mas do ponto de vista sócio-organizacional, que é aquele que está aqui a ser analisado

Recorde-se que a lista das *500 melhores e maiores* só incluía, em 1997, as empresas com um volume de vendas líquidas superiores a 5 milhões de contos (equivalente hoje a mais de 25 milhões de euros). Excluía igualmente as empresas do sector financeiro. Por outro lado, os critérios utilizados por aquela conhecida revista de negócios (*Exame*, Outubro/Novembro de 1997, nº2, edição especial) não são sócio-organizacionais, mas apenas económico-financeiros (v.g., crescimento das vendas, crescimento dos resultados líquidos, rentabilidade do activo, rentabilidade do capital próprio, rentabilidade das vendas aferida pelos resultados correntes, valor acrescentado bruto por vendas, solvabilidade e liquidez geral).

Reconheço, por outro lado, que é mais fácil avaliar uma empresa pelo seu desempenho económico-financeiro do que pelo grau de modernização do seu sistema de produção e de trabalho ou pelo seu sentido de responsabilidade social. (Graça, 1993a).

A análise de regressão logística múltipla não permite predizer a pertença à lista da *Exame 500/97* a não ser em função do volume de emprego e do período de fundação. De facto, as empresas mais prováveis de figurarem na lista da *Exame 500/97* eram (i) as maiores ( $\geq 250$  trabalhadores) e (ii) as fundadas no período anterior a 1974 (*Quadro V.5*). Este atributo é independente do sector de actividade bem como da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho.

Quadro V.5 – Análise de factores preditivos da pertença à lista da Exame 500/97, por regressão logística múltipla (n=228)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Fundada no período anterior a 1974	148	80	< .001	74.1	2.1	1.1 – 3.9
Modernização do sistema de trabalho	95	133			1.6	.9 – 3.0
Grande empresa (GE) (a)	129	99			10.1	5.1 – 19.8
Sector produtivo	145	83			.7	.4 – 1.4

(a) 250 ou mais trabalhadores

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

### 5.3.3. Certificação da qualidade

Os dados disponíveis também não permitem explicar por que razão, nesta amostra, há empresas certificadas (41%) e outras não (59%). Sabe-se apenas que, no final da década de 1990, as empresas certificadas tinham 3.4, 2.6 e 2.5 mais *chances* de (i) pertencerem ao sector produtivo; de (ii) serem empresas de grande dimensão; e de (iii) estarem orientadas para o mercado externo, respectivamente.

É sobretudo a lógica de mercado, de imagem, de estratégia comercial ou de simples sobrevivência económica mais do que uma política deliberada de desenvolvimento sócio-organizacional, consistente e sustentado, que parece motivar as empresas a investir largas dezenas de milhares de euros no processo de certificação (*Quadro V.6*). Como alguém dizia no início da década de 1990, em Portugal a qualidade ainda se escreve com q pequeno (Sargison, 1991).

Quadro V.6 – Análise de factores preditivos da certificação do sistema de gestão da qualidade, por regressão logística múltipla (n=242)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (adj. OD) **
	Sim	Não				
Sector produtivo	144	98	< .001	72.3	3.4	1.7 – 6.7
Grande empresa (GE) (a)	153	89			2.6	1.4 – 4.8
Exportação	119	123			2.5	1.3 – 4.7
Modernização do sistema de trabalho	99	143			1.5	.8 – 2.7

(a) 250 ou mais trabalhadores e/ou 7.5 ou mais milhões de contos de vendas (b) Investimentos c/ objectivo de expansão e de melhoria das condições de trabalho, em geral, e/ou das condições de SH&amp;ST, em particular

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

A análise de regressão logística múltipla confirma a independência da certificação da qualidade em relação à *modernização do sistema técnico e organizacional* de trabalho. As empresas que fizeram investimentos com um objectivo de expansão mas sem a preocupação explícita de, simultaneamente, proceder à melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular, têm duas vezes mais *chances* de serem certificadas (OD

ajustado=2.1; intervalo de confiança a 95% para o OD ajustado: 1.2 – 3.6). O modelo preditivo da certificação da qualidade em função dos diferentes objectivos dos investimentos feitos nas componentes materiais do trabalho apresenta apenas um nível de significância de  $p = .045$ .

## **5. 4. Sistema de gestão da SH&ST**

### **5.4.1. Existência de serviços de SH&ST**

Não é de surpreender a elevada proporção de empresas (cerca de 95%) que declararam ter serviços de SH&ST, independentemente da modalidade. No caso das (i) empresas de grande dimensão ( $\geq 250$  trabalhadores) ( $n=147$ ), 98% tinham serviços, dois terços (65.3%) dos quais organizados segundo a modalidade de serviço interno; no caso das PME ( $< 250$  trabalhadores) ( $n=112$ ), 92% tinham serviços, dos quais cerca só 41% eram internos.

Estes valores coincidem praticamente com o do estudo do ex-DETEFP, já citado no Cap. II. Recorde-se que de um total de inquiridos ( $n=4252$ ), em finais de 1999 e princípios de 2000, (i) mais de 95% dos que trabalhavam em empresas com 250 ou mais trabalhadores referiam a existência de serviços de medicina do trabalho; (ii) em 62% dos casos a modalidade adoptada pelo empregador era a do serviço interno de medicina do trabalho; nos restantes casos, (iii) a modalidade era a do serviço externo (33%), (iv) seguida do serviço interempresas (4.7%). Estes valores baixavam gradualmente em função dos restantes escalões de dimensão das empresas (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001).

Num outro inquérito, que teve por base uma amostra superior a 5 mil vítimas de acidentes de trabalho, não mortais, participados às companhias de seguros, (i) mais de metade dos inquiridos (52%) assinalou a existência, no seu local de trabalho, de estruturas de SH&ST; e (ii) mais de 55% referiu a existência de serviços de medicina do trabalho, com maior proporção para as indústrias pesadas, seguidas das indústrias ligeiras (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, s/d).

No que diz respeito à cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST, os resultados do meu inquérito permitem-me continuar sustentar a estimativa dos 40%, avançada no Cap. II (ponto 2.3.4.1). Por outro lado, o facto de existirem serviços de SH&ST ( $n=247$ ) nada nos dizia sobre a avaliação da qualidade em termos de (i) estruturas; (ii) processos e (iii) resultados (Walters, 1997; WHO, 1999). Basta referir que só um terço das empresas com serviços de SH&ST mencionou explicitamente a política escrita e/ou o orçamento de SH&ST como factor(es) facilitador(es) da acção neste domínio.

### **5.4.2. Modalidade de serviço de SH&ST**

Na segunda metade da década de 1990, a modalidade de serviço interno tinha cerca de 2.5 vezes mais *chances* de ser adoptada pelas empresas do sector produtivo, de maior dimensão ( $\geq 250$  trabalhadores) (*Quadro V.7*). Outras variáveis, como a pertença à lista da *Exame 500/97*, a nacionalidade do capital, a certificação da qualidade ou a modernização do sistema de trabalho eram independentes da modalidade adoptada. O mesmo se passava com a



Região (NUT II), a antiguidade da empresa ou o controlo accionista. Todavia, o facto mais surpreendente destes resultados é que a imposição legal da modalidade de serviço interno em caso de volume de emprego superior a 800 trabalhadores não estava a ser respeitada por uma boa parte das empresas: em 57 empresas nestas condições só 35 tinham serviços internos de SH&ST; das restantes (n=22), que em princípio não estavam a cumprir a lei, umas eram de controlo accionista privado (n=13) e as restantes de controlo accionista público (n=9).

Quadro V 7 – Análise de factores preditivos da adopção da modalidade de serviço interno de SH&ST por regressão logística múltipla (n=220)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	Sim	Não				
Sector produtivo	147	100	< .001	61.9	2.4	1.4 – 4.1
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)	144	103			2.5	1.5 – 4.2

(a) c/ 250 ou mais trabalhadores e/ou 7.5 ou mais milhões de contos de vendas

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

Algumas das respostas à pergunta *B1* eram reveladoras da confusão conceptual provocada pela interpretação da legislação então em vigor. Três dos grupos económicos da amostra declararam ter serviços *interempresas* mas apenas um tinha, em rigor, a dimensão da grande empresa: (i) situado na Região Norte, (ii) pertencia ao ramo de actividade da alimentação, bebidas e tabaco (DA, segundo a CAE-Rev.2), (iii) empregava mais de 700 trabalhadores e (iv) apresentava um volume de negócio da ordem dos 20 milhões de contos.

Desconhecia-se o número de empresas do grupo nortenho, mas uma delas ter-se-á constituído, sob a forma jurídica de sociedade por quotas, com o objectivo expresso de prestar cuidados médicos, de natureza curativa e preventiva, ao conjunto dos trabalhadores das demais empresas do grupo; todavia nada a impedia, teórica e legalmente, de vender serviços a outras empresas exteriores ao grupo. Neste caso, estávamos perante um serviço *interempresas* ou, pelo contrário, tratava-se de um serviço *externo*? Muito provavelmente, e seguindo uma interpretação mais consentânea com a da administração do trabalho (IDICT,1997: 40), esta situação estava mais próxima da figura do *serviço externo de prevenção* (sic).

Não obstante o reduzido número de casos, verificava-se que não eram apenas as empresas de menor dimensão ( $\leq 249$  trabalhadores) que adoptavam a modalidade do *serviço interempresas*. Quanto à existência de *serviços mistos*, ela ocorria sobretudo nas empresas de maior dimensão. Por ex., oito empresas da amostra, com dimensão superior a 800 trabalhadores, tinham um *serviço externo* de saúde/medicina do trabalho e um *serviço interno* de higiene e segurança (entre parêntesis, indica-se o volume de negócio em milhões de contos): (i) um universidade privada (5.7); (ii) uma empresa de restauração (4.5); (iii) uma empresa do sector cimenteiro (60.5); (iv) uma empresa de confecções (17.4); (v) uma empresa de serviços de armazenagem frigorífica (4.7); (vi) empresa de distribuição e venda de energia eléctrica (152.0); e, por fim, (vii) duas empresas de construção e obras públicas (42.4 e 13.2, respectivamente).

Na generalidade dos casos, há uma grande dispersão de locais de trabalho, e a própria lei prevê que o empregador possa adoptar diferentes modalidades de serviços de SH&ST,

nomeadamente de medicina do trabalho/saúde. No caso, por exemplo, da empresa de serviços de armazenagem frigorífica, em (i) sete estabelecimentos espalhados pelo país tinha-se optado pela figura do *serviço interno* de medicina do trabalho/saúde e nos (ii) restantes nove pelo *serviço externo*.

Face à legislação em vigor, na altura em que decorria o inquérito, estas empresas eram, em princípio, obrigadas a adoptar a modalidade de *serviço interno*, de acordo com o art. 4º do D.L. nº 26/94 (no caso de terem ao seu serviço, no mesmo estabelecimento ou em estabelecimentos situados na mesma localidade, ou em localidades próximas, *mais de 800 trabalhadores*). Só com a nova redacção dada pelo D.L. nº 109/2000, de 30 de Junho de 2000, é que passou a ser estipulado que, independentemente do ramo de actividade, as empresas com, pelo menos, *400 trabalhadores* no mesmo estabelecimento ou no conjunto dos estabelecimentos situados num raio de 50 km a partir do de maior dimensão, devem organizar *serviços internos* (nº 5 do art. 5º do D.L. nº 26/94). O mesmo se aplica às empresas ou estabelecimentos com *mais de 49 trabalhadores* e que exerçam *actividades de elevado risco* (nº 3).

No mínimo, estes dados sugerem que a adopção da modalidade de organização de serviços de SH&ST terá sido feita *à la carte*, ao longo da década de 1990, situação a que não será estranho o aumento exponencial da oferta de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST na primeira metade da década de 1990, alguns das quais ligadas a conhecidos grupos económicos. É o caso, por exemplo, da (i) UCS – Unidade de Cuidados de Saúde AS, cujo capital é detido a 100% pela TAP mas presta serviços a outras empresas (TAP-Air Portugal, 2003); da (ii) PT-ACS, que foi criada em 1995 e pertence ao Grupo PT (<http://www.ptacs.pt/>); ou da (iii) Esumédica – Prestação de Cuidados Médicos, SA, pertencente à Companhia de Seguros Tranquilidade e ao Grupo Espírito Santo.

Mais do que o simples e estrito cumprimento da lei, serão, porventura, razões ligadas à história, à estratégia ou à filosofia de gestão da empresa (ou do grupo empresarial), nuns casos, ou razões de mera conveniência, noutros, que levarão os empregadores a adoptar esta ou aquela modalidade de serviços de SH&ST. A tendência é, contudo, para as empresas, independentemente da sua dimensão e sector de actividade, passarem cada vez mais a recorrer ao *outsourcing* nesta como noutras áreas funcionais (v.g., segurança e protecção de instalações, limpezas industriais, jardinagem, manutenção de máquinas e equipamentos, restauração colectiva, marketing & comunicação) (Walters, 1998).

Mesmo não sabendo exactamente qual era a situação dos não-respondentes, e tendo em conta as características da amostra, não se pode concluir que esta estivesse enviesada no que dizia respeito à *cobertura por serviços de SH&ST* quer do universo empresarial (95%) quer da população trabalhadora por conta de outrem (99%). De qualquer modo, as empresas que responderam eram, na altura, as que (i) já tinham serviços de SH&ST, e que, portanto, (ii) se podiam considerar activas neste domínio. Predominavam, além disso, as empresas com *serviços internos*, modalidade que está associada à dimensão (ou volume de emprego). Por fim, refira-se que as empresas que não tinham serviços (n=12) responderam todas no 1º *mailing*. Contrariamente à tese defendida por Armstrong e Overton (1977), este resultado sugere que os não-respondentes não são necessariamente os não-activos, neste caso empresas sem serviços nem actividades de SH&ST.

### 5.4.3. Recursos humanos da SH&ST

Começo por dizer que não era minha preocupação fazer um levantamento exaustivo (nem muito menos quantitativo) dos recursos humanos afectos aos serviços e actividades de SH&ST. A informação obtida é apenas inferida da resposta a alguns perguntas das Secções C e D do questionário. Na realidade, não havia qualquer pergunta relativa ao número de profissionais de saúde existentes nem sobre o seu regime de funcionamento (v.g., estatuto, número de horas). A única informação disponível é sobre o *tipo de especialidade ou profissão* (por ex., medicina do trabalho, clínica geral, enfermagem). Nalguns casos, os dados são genéricos: por exemplo, (i) *outras especialidades médicas* (para além da medicina do trabalho e da clínica geral); ou (ii) *outros profissionais de saúde* (para além dos médicos, enfermeiros e técnicos ou especialistas de segurança e higiene do trabalho).

A existência de recursos humanos no domínio da SH&ST, para além do médico do trabalho e do técnico ou especialista em segurança e higiene do trabalho, tem basicamente a ver com (i) a dimensão da empresa e (ii) a modalidade de serviço de SH&ST; em contrapartida, é independente do período de fundação da empresa. O mesmo se aplica à *equipa de saúde ocupacional* (medicina do trabalho + duas outras valências, pelo menos) (*Quadro V.8*)

Por exemplo, a existência de *médico de clínica geral* é 2.5 vezes mais provável nas empresas com serviços internos ( $p < .001$ ). A existência de *personal de enfermagem* é 2.7 e 9.3 vezes mais provável em empresas com serviços internos e em empresas com 250 ou mais trabalhadores, respectivamente ( $p < .001$ ). A existência de *outros profissionais de saúde* também é mais provável (8 vezes mais) nas empresas de maior dimensão ( $p < .001$ ). Já a existência de *outras especialidades médicas*, para além da medicina do trabalho e da clínica geral, é independente da modalidade de serviços de SH&ST e do volume de emprego.

Quadro V.8 – Análise de factores preditivos da existência de equipa de saúde ocupacional por regressão logística múltipla (n=220)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)	138	102	< .001	72.9	9.2	4.7 – 18.1
Serviço interno de SH&ST	130	110			2.8	1.5 – 5.3
Fundação anterior a 1974	158	82			5	.3 – 10

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

Em resumo, sobre este tópico pode dizer-se o seguinte: (i) o *médico do trabalho* continuava a ser a figura predominante nos serviços de SH&ST, independentemente da modalidade de organização e funcionamento adoptada pelas empresas; (ii) os serviços de SH&ST continuavam a ser em grande parte *medicocêntricos*, não obstante o disposto no D.L. n.º 441/91 e no D.L. n.º 26/94; (iii) dos restantes profissionais de saúde, destacava-se o pessoal de clínica geral e de enfermagem cuja existência era mais provável nas empresas de grande dimensão; e, por fim, (iv) só em menos de ¼ dos casos se podia falar da eventual existência de *equipa de saúde ocupacional*.

Este resultado vem confirmar que os médicos do trabalho, se não são os únicos, pelos menos são os principais profissionais representados nos serviços de SH&ST. Esta é uma situação que vem desde o início dos anos de 1960 e que se reproduz até finais da década de 1990. Pelo seu número, pela sua formação de nível superior e pelo seu enquadramento legal, os médicos do trabalho estavam numa posição privilegiada e sem concorrência até há alguns anos atrás. Esta situação tenderá a modificar-se, embora lentamente.

Todavia, a alegada natureza *medicocêntrica* dos serviços de SH&ST tem de ser revista, tendo em conta as *nuances* perceptíveis no *Quadro B1.8*, em anexo: de facto, (i) é variável a composição dos serviços de SH&ST, quando desagregada pela modalidade de organização e funcionamento; por outro lado, os resultados apontam claramente para (ii) a superioridade dos *serviços internos* em relação às restantes modalidades no que diz respeito à sua composição disciplinar e/ou profissional.

Em relação à potencial existência de *equipa de saúde*, há que ser cauteloso na interpretação dos resultados. Uma equipa é mais do que o somatório dos seus elementos individuais (Graça, 1992; Johnson e Johnson, 1994). Em muitas empresas continuava a persistir a tradicional separação (não só em termos orgânicos e funcionais como até espaciais) entre (i) serviços de medicina do trabalho/saúde, (ii) serviços de segurança e higiene do trabalho e até (iii) serviços de medicina curativa ou (iv) outros como o serviço social ocupacional. Nalguns casos tratar-se-á mesmo de compartimentos estanques, a avaliar pelo número de respostas (cerca de 1/3) dos que referem os problemas de articulação/comunicação como obstáculo à implementação com sucesso das políticas, programas e actividades de saúde (Pergunta D4).

Esta separação orgânica e funcional poderá agravar-se, com o aparecimento de novos profissionais, como os técnicos e os técnicos superiores de segurança e higiene do trabalho. Faltam estudos de caso sobre empresas com *serviços integrados de saúde* (Leal, 1993; Graça, 1999b). Também não se sabe como o mercado está a absorver os técnicos e os técnicos superiores de segurança e higiene do trabalho que entretanto se estão a formar.

De fora fica a questão da identidade profissional e do papel funcional de outros especialistas, nomeadamente com formação universitária, que podem vir a integrar serviços de SH&ST: por exemplo, ergonomistas, engenheiros de ambiente, sociólogos e psicólogos do trabalho, fisioterapeutas ocupacionais, outros técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros do trabalho, técnicos de serviço social ocupacional e educadores de saúde (WHC, 1999).

#### 5.4.4. Atitude e estratégia no domínio da SH&ST

A atitude proactiva no domínio da SH&ST e da sua melhoria é independente da caracterização técnico-organizacional da empresa. Já as empresas que se consideram *exemplos de boas práticas* (pergunta B9.1) têm fortes probabilidades de serem do sector produtivo (OD ajustado = 5.1; intervalo de confiança a 95% para o OD ajustado: 1.8 – 14.6) ( $p < .001$ ). As demais variáveis independentes (multinacional, certificação da qualidade, serviço interno de SH&ST, lista da Exame 500/97, volume de emprego e de negócio, modernização do sistema de trabalho), ajustadas ao sector produtivo, não permitem predizer a exemplaridade.

No que diz respeito à estratégia ou filosofia de acção no domínio da SH&ST (pergunta B9.2), pode dizer-se o seguinte: a explicitação da *preocupação dominante* no domínio da SH&ST pode ser, no mínimo, indiciadora de uma determinada estratégia de intervenção que, por sua vez, é mais ou menos integrada: (i) reparar (os danos); (ii) prevenir (os riscos); ou (iii) promover (a saúde) (Stachtchenko e Jenicek, 1990).

A perspectiva *reparadora* foi durante muito tempo dominante (e provavelmente ainda o é em certos sectores ou empresas): através da atribuição de prémios de risco, penosidade e insalubridade (sic) ou através dos seguros de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, o empregador e o trabalhador aceitam a *inevitabilidade do risco* como algo que faria parte da ordem natural das coisas.

O raciocínio de base é o seguinte: (i) a exposição ao risco pode ser objecto de reparação ou indemnização (em inglês, *compensation*), nomeadamente quando se torna oneroso, difícil ou impossível evitá-lo; (ii) em caso de danos resultantes dessa exposição, haverá lugar a uma indemnização em função da capacidade de trabalho (ou da capacidade de ganho) perdida, no todo ou em parte. A reparação é, pois, função da *usura* (fundamentalmente física) do trabalho.

O sistema segurador, público ou privado, alimentou esta lógica perversa, baseada na assunção do risco por parte do empregador e na sua obrigação de indemnizar o trabalhador, em espécie e/ou em dinheiro. Numa óptica de custo/benefício estritamente economicista, e num contexto de regulação taylorista-fordista de mão de obra barata, pouco ou nada qualificada e abundante, era *mais fácil reparar do que prevenir ou proteger*.

É claro que hoje é (i) historicamente obsoleta, (ii) politicamente incorrecta, (iii) socialmente inaceitável e até (iv) economicamente indefensável esta perspectiva. O próprio provérbio popular postula que “mais vale prevenir do que remediar” ou “o que é barato sai caro”. Hoje o trabalhador por conta de outrem beneficia de protecção social em caso de acidente de trabalho ou doença profissional. Trata-se de um facto civilizacional que demorou, no mínimo, um século, a concretizar-se. Medindo o grau de integração da política de SH&ST numa escala de 1 (Mínimo) a 5 (Máximo), a reparação enquanto filosofia de acção só pode ter hoje a nota mínima (1).

O recentemente aprovado Código do Trabalho (Lei nº 99/2003, de 27 de Agosto de 2003) dedica um capítulo inteiro à reparação dos danos emergentes de acidentes de trabalho (Capº V, abrangendo 28 artigos, desde o art. 281º ao art. 308º). Face às críticas em relação ao anteprojecto originalmente apresentado, e à sua orientação acentuadamente civilista, o projecto final que foi promulgado acabou por consagrar o princípio constitucional do “direito [do trabalhador] à prestação do trabalho em condições de segurança, higiene e saúde asseguradas pelo empregador” (nº 1 do art. 272º). É também formalmente reconhecido, no Código do Trabalho, que o sistema de gestão da SH&ST visa (i) “a prevenção dos riscos profissionais”, bem como (ii) “a promoção da saúde do trabalhador” (nº 2 do citado artigo).

Dos respondentes ao questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* muito poucos (apenas 5%) quiseram assumir frontalmente a adopção da perspectiva retrógrada, *démodée* ou minimalista que é a da simples reparação (1). Em rigor, o seu número deveria ser

multiplicado por 5 ou 6, de modo a abranger todos aqueles, que por acção ou omissão, tendem apenas a cumprir as prescrições mínimas em matéria de SH&ST.

Quanto à *prevenção*, e tendo em conta o binómio indivíduo/ambiente de trabalho, identifiquei três abordagens que vão da menos integrada (2) à mais integrada (4): (i) centrada apenas no *indivíduo* (2) (por ex., ênfase na educação e formação, nos comportamentos de risco, na vigilância médica periódica, no EPI, na protecção individual); (ii) centrada no *trabalho* (3) (por ex., ênfase na protecção colectiva de máquinas e equipamentos, avaliação das fontes de risco e sua eliminação); e, por fim, centrada no *indivíduo* e no *trabalho* (4) como parte de um todo em interacção (seja o posto de trabalho, seja o sistema de trabalho, seja a própria empresa enquanto organização).

Quadro V.9 – Análise de factores preditivos da abordagem integrada da SH&ST por regressão logística múltipla (n=244)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)	140	104	< .001	61.5	2.4	1.4 – 4.1
Sector produtivo	146	98			1.8	1.1 – 3.1
Nível alto de modernização do sistema de trab.	100	144			1.8	1.1 – 3.1

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

A perspectiva da prevenção (57%) é a dominante neste conjunto de empresas que responderam ao meu questionário. Os restantes (menos de 40%) teriam uma orientação para a promoção da saúde (5). Para efeitos de regressão logística múltipla, dicotomizou-se esta variável: (i) há um grupo que decididamente *não revela ter uma abordagem integrada*, limitando-se a *reparar os riscos* ou a *prevenir os riscos*, e (ii) um outro que *tem uma abordagem integrada*, orientada para a *promoção da saúde*. Em rigor, trata-se de atitudes ou de princípios orientadores da acção no domínio da SH&ST e não propriamente de práticas, susceptíveis de observação, descrição e avaliação.

A dimensão da empresa, o sector produtivo e o nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional do trabalho são os três factores que permitem predizer a abordagem integrada da SH&ST (*Quadro V.9*).

## 5.5. Percepção dos riscos e factores de risco

### 5.5.1. Absentismo

Os valores referentes à taxa de absentismo terão de ser analisados com as necessárias reservas, atendendo à dimensão e estrutura das empresas bem como ao cargo ou função do respondente.

Por um lado, pretendia-se ter um valor aproximado ou indicativo da incapacidade temporária para o trabalho. Mas também se sabia, à partida, que esta não é uma mera informação *factual* nem muito menos *neutra*. É um indicador sensível que muitas empresas consideram como informação reservada ou confidencial ou que têm relutância em

publicitar, por razões internas ou externas (v.g., clima organizacional, imagem externa, conflitualidade sociolaboral, custo da mão-de-obra) (Morel, 1983; Graça, 1995).

Por outro lado, nem todos os respondentes têm (i) *sistemas de informação* de apoio à gestão, nem todos têm (ii) *painéis de bordo* com indicadores sociolaborais, nem todos elaboram (iii) o elementar *balanço social* previsto na lei; nem todos sequer dispõem de uma verdadeira (iv) direcção de pessoal, com *staff* especializado em gestão de recursos humanos; e, por fim, (v) a recolha e o tratamento da informação sociolaboral têm custos que uma boa parte das nossas empresas considera serem superiores aos seus benefícios (Savall, 1978; Dorman, 2000).

Recorde-se que, pela Lei n.º 9/92, de 22 de Janeiro de 1992, a apresentação do balanço social só é obrigatória para as empresas com 100 ou mais trabalhadores, incluindo os organismos públicos autónomos.

Também não era esperado que houvesse uniformidade na fórmula de cálculo da taxa de absentismo (pergunta B2), muito embora eu tenha sugerido a que me parece mais correcta no tratamento dos dados do balanço social ( $\text{Taxa de absentismo} = \frac{\text{Total de horas de ausência no ano}}{\text{Total de horas efectivamente trabalhadas}} \times 100$ ) (Graça, 1995).

Esta fórmula é mais complexa e, sobretudo, menos favorável às empresas do que aquela outra que tem por denominador o *PMA – Potencial máximo anual* (ou total de horas trabalháveis) e que é tradicionalmente usada pela administração do trabalho no tratamento dos dados do balanço social ( $\text{Taxa de absentismo} = \frac{\text{Total de horas de ausência no ano}}{\text{Potencial máximo anual}} \times 100$ ) (Portugal. Ministério da Segurança Social e do trabalho, 2003).

Dito isto, não é de surpreender o número relativamente elevado de casos omissos, embora inferior a 20%, resultantes sobretudo de respostas de tipo N/S (Não Sabe). Mais de 12% também não souberam responder à pergunta B3 (Principais causas do absentismo por doença). Teoricamente, mais de 93% dos respondentes tinham (ou deveriam ter) acesso aos dados relativos às ausências ao trabalho já que representavam empresas e demais organizações com 100 ou mais trabalhadores (incluindo organismos públicos autónomos), sujeitas à obrigação legal de elaboração do Balanço Social. Surpreendente é a elevada proporção de respondentes (cerca de 1/3) que foi incapaz de indicar a taxa de absentismo considerada aceitável pela administração/direcção. No entanto, respondentes e não-respondentes a esta pergunta específica não diferem entre si em função das principais características sociodemográficas e técnico-organizacionais. A única excepção é a integração do sistema de gestão da SH&ST, de que um dos atributos é justamente a existência de um sistema de informação sobre o absentismo, em geral, e sobre o absentismo por incapacidade temporária, em particular, incluindo-se nessa informação a taxa de absentismo observada e a taxa de absentismo aceitável (Pergunta B2) bem como a especificação das três principais causas das baixas por doença e/ou acidente (Pergunta B3).

A existência de sistema de informação e documentação sobre o absentismo (perguntas B2 e B3) não está relacionada com as características sociodemográficas e técnico-organizacionais dos respondentes. Em contrapartida, um nível de absentismo alto ( $\geq 6\%$ ) é explicável pela

predominância de atributos sociodemográficos, tais como: (i) mais de 50% de colarinhos azuis; (ii) mais de 50% de mulheres; e (iii) mais de 50% de pessoal com escolaridade abaixo dos 9 anos (*Quadro V.10*). Estes resultados vão, de resto, ao encontro do essencial da literatura revista sobre este tópico (Taylor, 1983; Míguez, 1984; Míguez e Bonami, 1988; Gründemann e Vuuren, 1997).

Quadro V 10 – Análise de factores preditivos de um nível de absentismo alto (6% ou mais), por regressão logística múltipla (n=192)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Grande empresa ( $\geq 250$ trabalhadores)	115	77	< .001	64.6	1.6	.9 – 3.1
Mais de 50% de mulheres	41	151			2.3	1.1 – 5.1
Mais de 50% de pessoal c/ escolaridade < 9 anos	124	68			3.4	1.7 – 6.8
Mais de 50% de pessoal c/ 40 ou mais anos de idade	90	102			1.3	.7 – 2.5
Mais de 50% de colarinhos azuis	122	70			2.0	1.1 – 4.0

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

### 5.5.2. Causas de incapacidade para o trabalho

A *baixa por doença*, relacionada ou não com o trabalho, continua a ser, de longe, a causa mais frequente das ausências ao trabalho em Portugal, nas nossas 2 mil maiores empresas: no período de 1996-1998, por exemplo, representava mais de metade das horas de trabalho perdidas (cerca de 53%, segundo as estatísticas do balanço social).

Não deixa, por isso, de ser curioso o facto de se continuar a enfatizar, nas nossas empresas, *os acidentes e as lesões* como a causa mais frequente da incapacidade. Não só não é a mais frequente como também não é a mais grave (mesmo admitindo que nem todos os acidentes de trabalho são devidamente reportados e incluídos nos dados do balanço social): no mesmo período de 1996-1998, o *acidente* representava cerca de 7% do total dos dias de ausências ao trabalho, menos que a licença de *maternidade/paternidade* e a licença de assistência inadiável que, no seu conjunto, ultrapassavam os 8%.

Recorde-se que, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, apenas 6% dos casos de incapacidade temporária para o trabalho seriam devidos a acidente (de trabalho ou outro) (Portugal. INSA, 2001).

Um outro estereótipo que está enraizado no meio empresarial e na administração do trabalho é o *uso e abuso da baixa por doença*, um tópico que de resto vem periodicamente à baila sempre que se fala no absentismo ou do subsídio de doença. Sem me querer repetir, diria que o recurso à baixa por doença tende a esconder problemas que se prendem mais directamente com a relativa falta de eficácia, eficiência e equidade do nosso sistema de protecção social: por ex., falta de articulação entre a protecção no desemprego, na doença e na invalidez, deficiente (e, em muitos casos, inexistente) cobertura da população trabalhadora (incluindo os trabalhadores independentes e os das micro-empresas) por serviços de SH&ST, burocratização e desumanização da Segurança Social e do SNS, traduzindo-se



nomeadamente no disfuncionamento dos serviços de verificação das incapacidades temporárias e permanentes, nas listas de espera dos serviços de saúde e nas desigualdades sociais na saúde e nos cuidados de saúde (Santos-Lucas, 1985; Graça, 1995; Pereira, 1995; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002 e 2003).

É curioso verificar que em 23 das 62 respostas relativas a “outras causas” mais frequentes do absentismo por incapacidade temporária inclui-se, indevidamente, (i) a gravidez, (i) a licença de maternidade/paternidade e (iii) a licença de assistência inadiável. Para as empresas as ausências por gravidez, parto e assistência à família têm os mesmos efeitos práticos que a doença e o acidente, podendo inclusive, nalguns casos, assumir proporções elevadas. Em muitas empresas do sector dos têxteis, confecções e calçado ou do comércio que, de um modo geral, empregam maioritariamente mão-de-obra feminina, não se faz uma clara distinção entre a baixa por doença e as ausências justificadas pela gravidez, parto e/ou puerpério (incluindo a licença de maternidade/paternidade). O mesmo acontece com a assistência inadiável à família (e, em particular, aos filhos menores). Por ex., numa das empresas têxteis que respondeu ao questionário, a licença de maternidade/paternidade representava 48% do total do absentismo, enquanto 14% das faltas eram motivadas por “complicações da gravidez”.

Uma outra conclusão que se pode deduzir das respostas à pergunta B3 é que a grande maioria das empresas portuguesas, senão mesmo a totalidade, desconhece as *verdadeiras razões de saúde* (ou causas de doença) que são invocadas para justificar as ausências dos seus trabalhadores. Concretamente, em 15 casos fala-se de “doença natural”, “doença em geral”, “não caracterizada”, “não específica”, “de causa desconhecida devido ao sigilo médico” ou ainda “doenças variadas”. Uma das empresas têxteis queixa-se inclusive de “não ter acesso às causas da baixa” (*sic*).

Este vazio informativo acaba por alimentar a suspeição ou reforçar a ideia, generalizada no meio empresarial, nos gabinetes ministeriais, na comunicação social e na opinião pública, de que a baixa por doença seria frequentemente fraudulenta. Em 6 casos, os respondentes ao meu questionário dizem explicitamente que, com ou sem a “cumplicidade” dos médicos, o recurso à “baixa da Segurança Social” é “fraudulenta”, ditada por mero “oportunismo”, “preguiça” ou “abuso”, servindo também para “tratar de assuntos pessoais”, “cuidar da agricultura” ou, muito simplesmente, “prolongar a licença de parto ou a licença de assistência à família”.

Na realidade, esta é uma situação no mínimo anómala que o Serviço Nacional de Saúde e a Segurança Social teriam todo o interesse em rever, com vantagens para todos os *stakeholders*, incluindo as empresas e os médicos do trabalho. Pura e simplesmente, não é dada qualquer informação de retorno às empresas sobre o estado de saúde dos seus colaboradores no período em que estes se encontram de baixa. A pretexto do sigilo médico e do direito à privacidade, escamoteia-se uma informação que, embora nunca possa ser individualizada, é de importância crucial para a elaboração de políticas de absentismo orientadas para prevenção das suas causas (Bertera, 1990; Graça, 1995; Graça et al., 1997; Gründemann e Vuuren, 1997).

Mais concretamente, não há qualquer articulação (ou sistema de referência) entre (i) o médico do SNS (em princípio é o médico de família, no centro de saúde da área da

residência do trabalhador, quem concede as baixas por doença, não se tratando de caso de internamento hospitalar); e (ii) o médico do trabalho que, por imposição legal, deverá efectuar um exame ocasional ao trabalhador em caso de regresso ao trabalho “depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de acidente ou de doença” (art. 16º do D.L. n.º 26/94).

É conhecida a oposição frontal dos médicos do trabalho em relação a um eventual “controlo do absentismo” (sic) por parte dos serviços de SH&ST. Esta posição remonta, no mínimo, à Recomendação n.º 112 da OIT (ILO, 1959), na qual se diz taxativamente que “the role of occupational health services should be essentially preventive” (ponto 6) e que, nessa medida, não se lhes pode exigir “to verify the justification of absence on grounds of sickness; they should not be precluded from ascertaining the conditions which may have led to a worker's absence on sick leave and obtaining information about the progress of the worker's illness”; pelo contrário, eles devem ocupar-se apenas do seu *core business* que é “to evaluate their preventive programme, discover occupational hazards, and recommend the suitable placement of workers for rehabilitation purposes” (ponto 7).

Mais do que as alegadas razões deontológicas e de independência técnica, trata-se de um típico conflito de papéis. Daí a oposição, de princípio, dos médicos do trabalho à formulação original de alguns artigos do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, em que se fazia referência ao absentismo por incapacidade: (i) veja-se, por exemplo, a redacção original da alínea c) do n.º 3 do art. 13º, segundo a qual os serviços de SH&ST deveriam passar a manter actualizada, para efeitos de consulta, a “listagem das situações de baixa por doença, com referência à causa e número de dias de ausência ao trabalho” (sic); (ii) a redacção posterior, resultante das alterações, por ratificação, introduzidas pela Lei n.º 7/95, dizia o seguinte: “Listagem das situações de baixa por doença e do número de dias de ausência ao trabalho, a ser remetida pelo serviço de pessoal e, no caso de doenças profissionais, a respectiva identificação”.

Por outro lado, não se vê como na prática deverá ser instituída a tão necessária cooperação do médico do trabalho com o médico de família ou o médico assistente do trabalhador. Daí a actual duplicação de exames (e de outros actos médicos e não médicos), com todos os custos (directos, indirectos e ocultos) que isso implica para a empresa, os serviços de SH&ST, os centros de saúde e os hospitais do SNS, a Segurança Social e o próprio trabalhador (v.g., exames de alta, exames complementares de saúde, pareceres médicos especializados, deslocações do trabalhador, listas de espera, prolongamento da baixa).

Sabe-se que só se pode gerir o que se controla, e só se controla o que se conhece. É nesta perspectiva que faria todo o sentido o médico do trabalho poder dispor da informação clínica (diagnóstico, tratamento prescrito e prognóstico) sobre os trabalhadores que estão de baixa por doença. Um tipo de informação que, por razões óbvias, deverá estar sempre sujeita ao sigilo profissional, e que não pode ter outro objectivo senão o de contribuir para proteger e a promover a saúde do trabalhador. Recorde-se, por outro lado, que entre os direitos de personalidade, consagrados no Código do Trabalho, está nomeadamente o *direito à reserva de intimidade da vida privada*, abrangendo o acesso e a divulgação de dados relativos ao estado de saúde (art. 16º). Além disso, o médico do trabalho ou qualquer outro médico com vínculo contratual ao empregador não pode fiscalizar a situação de baixa por doença (nº 4 do art. 229º).

Lamentavelmente, no modelo de relatório anual da actividade dos serviços de SH&ST, aprovado pela Portaria nº 1184/2002, de 29 de Agosto de 2002, não há sequer dados que permitam calcular (i) a taxa de absentismo geral (por todas as causas) e (ii) a taxa de absentismo específico (por incapacidade temporária devida a doença ou lesão). Ora o absentismo é um indicador sensível para se poder avaliar o impacto do sistema de gestão da SH&ST no desempenho profissional e organizacional, a par dos indicadores de sinistralidade (v.g., incidência e gravidade dos acidentes de trabalho) (Gründemann e Vuuren, 1997).

Assinale-se, por fim, que o lugar que ocupam as *doenças do foro osteomuscular ou do sistema musculoesquelético* (2º), bem como o *stress* (4º) e as *doenças do foro psiquiátrico* (5º) na lista das principais causas percebidas de incapacidade para o trabalho, está de acordo com a própria percepção dos trabalhadores portugueses. Recorde-se que (i) as dores de costas, (ii) as dores musculares nos membros superiores e inferiores, (iii) a fadiga geral e (iv) o stress surgiam como os quatro problemas de saúde de maior prevalência, segundo a percepção dos trabalhadores portugueses, inquiridos no âmbito do 2<sup>nd</sup> *European Survey on Working Conditions* (Paoli, 1997).

De acordo com outra fonte, o INS 1998/99, as *doenças do aparelho respiratório*, as *doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* bem como os *sintomas, sinais e afecções mal definidas* representam, só por si, mais de metade (56%) das causas de doença que resultam em incapacidade temporária na população de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade (Graça, 2002b).

### 5.5.3. Problemas de saúde relacionados com os estilos de vida

Em princípio, seria de esperar que as empresas, evidenciando preocupações com os estilos de vida não saudáveis dos seus colaboradores, traduzissem essas preocupações em iniciativas concretas no domínio da protecção e da promoção da saúde, iniciativas essas que podem ir desde a existência de infra-estruturas para a prática de exercício físico ou de outros equipamentos sociais até à oferta de programas e actividades na área da educação e promoção da saúde (v.g., gestão do stress, alimentação saudável, desabitucação tabágica).

Quadro V 11 – Análise de factores preditivos da existência de Políticas, programas e actividades de tipo C, por regressão logística múltipla (n=257)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Preocupação c/ o consumo de álcool	140	117	n.s.	83.7	6	.3 – 1.3
Preocupação c/ o consumo de droga	69	188			8	.3 – 1.9
Preocupação c/ o consumo de tabaco	81	176			8	.4 – 1.8
Preocupação c/ a falta de actividade física	74	183			4	.2 – 1.0
Preocupação c/ a dificuldade em lidar c/ o stress	85	172			6	.4 – 1.7
Preocupação c/ a condução perigosa	30	227			1.1	.4 – 3.1
Preocupação c/ a alimentação desequilibrada	92	165			8	.4 – 1.8

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Odds Ratio ajustado

Na realidade, nenhuma destas preocupações dos empregadores com os estilos de vida não saudáveis dos seus trabalhadores permitem prever a existência de políticas, programas e actividades de tipo C (*Prevenção de comportamentos de risco/ promoção de estilos de vida saudáveis*) (Quadro V.11).

#### 5.5.4. Principal natureza dos riscos

As respostas à pergunta B5 não são surpreendentes, tendo em conta a composição da amostra, dominada por empresas do sector secundário e, em especial, das indústrias transformadoras. Para os representantes das empresas portuguesas que responderam ao inquérito por questionário postal, a noção de factores de risco de natureza *física, química e/ou biológica* é de mais fácil apreensão: faz parte do campo de problemas tradicionalmente cobertos pela SH&ST, em geral, e pela medicina do trabalho, em particular.

Segundo a OMS (citada pela revista *Janus*, nº 20-II, de 1995: 31), os especialistas apontam para a existência aproximadamente de (i) 100 mil substâncias químicas, (ii) 50 factores físicos, (iii) 200 factores biológicos e (iv) 20 condições ergonómicas desfavoráveis no local de trabalho, incluindo 300 a 350 factores químicos, fisiológicos cancerígenos e cerca de 300 alérgenos (ou alérgenos, s.m., segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, 2002-2003).

Mais difícil é identificar e listar os factores psicossociais negativos ou nocivos nos locais de trabalho (BIT, 1986; Kalimo, El-Batawi; Cooper, 1988; Uva e Faria, 1992; Graça e Reis, 1994), sem esquecer os riscos emergentes no local de trabalho, decorrentes das mudanças que se estão a operar no conteúdo, organização e demais condições de trabalho, incluindo as novas tecnologias, os novos produtos químicos, os novos materiais, os novos riscos biológicos, etc. (Rantanen, 1998).

A noção de factores de risco de natureza física, química e biológica está, além disso, consagrada na legislação e regulamentação que, desde a década de 1960, tem sido publicada no domínio da SH&ST. Por exemplo, o art. 3º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, define, entre outros, (i) o conceito de *componentes materiais do trabalho* e nele se incluem (ii) as substâncias e agentes *físicos, químicos e biológicos* (sic).

Em contrapartida, não há uma referência explícita ao conceito de factores *psicossociais* no trabalho. O art. 4º do citado diploma legal diz claramente que a *prevenção dos riscos profissionais* visa, entre outros objectivos, (i) “a determinação das substâncias, agentes ou processos que devam ser proibidos, limitados ou sujeitos a autorização ou a controlo da autoridade competente”, bem como (ii) “a definição de *valores limites de exposição* dos trabalhadores a substâncias ou agentes *químicos, físicos e biológicos* e das normas técnicas para a amostragem, mediação e avaliação de resultados” (Itálicos meus).

Hoje em dia o conceito de *condições de trabalho* tende a ser muito mais abrangente, englobando não só (i) os factores de risco de natureza física, química e biológica como também (ii) os factores psicossociais e organizacionais. Daí que um programa integrado de prevenção dos acidentes na construção civil e obras públicas com uma componente de protecção colectiva e individual, não possa ignorar a chamada *ideologia defensiva do ‘métier’*, um factor de risco psicossocial posto em evidência por Dejours (1993). De facto, no caso dos

trabalhadores deste sector de actividade os comportamentos de risco assumido, incluindo os rituais de iniciação a que são submetidos os mais novos, sejam interpretados como uma forma de lidar com (i) os inúmeros perigos diários a que se está sujeito num estaleiro (por ex., trabalhar a dezenas de metros acima do solo ou abaixo, no subsolo, ao frio, à chuva) e, portanto, de lidar com (ii) o próprio medo de morrer ou de ficar incapacitado.

Em grande parte pela influência exercida pelo taylorismo-fordismo durante toda a primeira metade do Séc. XX, perpetuou-se a dicotomia entre (i) o trabalho em si (*job content*) e (ii) os factores extrínsecos ao trabalho (*job context*) (Herzberg, 1968). A medicina do trabalho, a psicologia do trabalho e a ergonomia clássica reproduziram essa dicotomia, não obstante se saber, de há muito (e sobretudo graças aos trabalhos dos investigadores do Tavistock Institute) que o local de trabalho é um *sistema sociotécnico aberto*, rejeitando-se assim o paradigma do determinismo tecnológico (Rolle, 1978; Ortsman, 1984; Graça, 1985).

Por outro lado, a medicina ocidental, nascida sob o paradigma da filosofia positivista (Lyons e Petrucelli, 1991; Sournia, 1995) tende a ignorar ou escamotear o papel do indivíduo nas manifestações mórbidas, já que a doença não seria mais do que um desvio orgânico que é preciso regular, combater ou neutralizar (Engel, 1977). Daí que tenha recusado, durante muito tempo, «reconnaître les disciplines qui réhabilitent le sujet, particulièrement la psychanalyse et la psychologie». Estas últimas para poderem ter «le droit de cité dans les hôpitaux», tiveram que ser colonizadas (sic) pela medicina somática, «la quelle fait du sujet une catégorie naturelle au même titre que les autres catégories du raisonnement médical» (Chauvenet, 1978 : 37).

Não admira, por isso, que o paradigma dominante, no campo da saúde no trabalho, ainda seja o da toxicologia e da epidemiologia (Beaglehole et al., 2003): só se previne o que se conhece e só se conhece o que é susceptível de medir e avaliar de acordo com parâmetros de exposição (por ex., ao ruído) e tabelas de incapacidade (por ex., surdez profissional).

A percepção da natureza dos factores de risco no local de trabalho não é independente do sector de actividade. A natureza física, química e/ou biológica do principal risco no local tem 3.8 vezes mais *chances* de ser referida por uma empresa do sector produtivo (OD ajustado=3.8; intervalos de confiança para o OD ajustado: 2.2 – 6.9) ( $p < .001$ ). Pelo contrário os riscos de natureza psicossocial seriam (i) 3.8 vezes mais prováveis no sector de serviços (OD ajustado=3.8; intervalo confiança para o OD ajustado: 2.2 – 6.6); também seriam (ii) mais prováveis naquelas empresas que referiram a dificuldade, por parte dos trabalhadores, em lidar com o stresse, como um problema que preocupava o empregador (pergunta B-A) (OD ajustado=1.9; intervalo confiança para o OD ajustado: 1.1 – 3.4) ( $p < .001$ ).

## 5.6. Oportunidades de participação e consulta

### 5.6.1. Formas e nível de participação

Das respostas à pergunta B6, o que eu começo por destacar é a não-existência de quaisquer formas de participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST, em cada uma de cinco empresas (n=48). Estas respostas são coerentes: as mesmas empresas (em geral, do sector terciário, não certificadas, recorrendo ao *outsourcing* em matéria de

serviços de SH&ST) também atribuem pouca importância à participação (pergunta B7) (*média*=3.7; *d.p.*=1.6).

Genericamente falando, o grau de importância atribuído à participação dos colaboradores no domínio da SH&ST pode ser considerado baixo: 4.7, em média, numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo). Admite-se que 10% a 15% dos respondentes tenham respondido de acordo com o que o entenderam ser a *resposta socialmente desejável ou politicamente correcta*.

São as empresas do Grupo III (co-existência de formas directas e indirectas de participação) que atribuem maior importância média (5.13) à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST.

No entanto, a proporção de empresas que declararam ter uma ou mais formas de participação dos trabalhadores e/ou dos seus representantes (*n*=209), permitindo a estes serem, no mínimo, *informados e/ou consultados* em matérias relacionadas com a SH&S, poderá mesmo assim parecer demasiado alta, sugerindo algum enviesamento nas respostas, já que é conhecido o défice de democracia organizacional no nosso país.

Naquelas empresas onde há uma ou mais formas de participação, tende-se a privilegiar (i) as formas de participação *directa ou não representacional*, mas (ii) sob controlo hierárquico (v.g., Reuniões com as Chefias Directas, Reuniões com a Direcção, Boletim/Jornal de Empresa, Programas de Ideias/Sugestões).

Na realidade, duas das três formas mais generalizadas são formas directas ou não-representacionais (Grupo II) que se podem classificar como convencionais ou tradicionais. Refiro-me à *Reunião com as Chefias Directas* (44%) e à *Reunião Geral com a Administração/Direcção* (23%). Uma em cada duas empresas usa, por isso, a estrutura hierárquica para informar ou consultar os seus colaboradores em matéria de SH&ST (*n*=129).

No caso das empresas que só têm estas formas de participação (*n*=20), é evidente que as oportunidades de participação dos trabalhadores são muito limitadas, já que a iniciativa da convocação das reuniões, para além da sua periodicidade e da sua agenda, dependem inteiramente ou em grande parte da boa vontade da hierarquia (gestão de topo, intermédia ou operacional). No caso das reuniões com as chefias directas, é de presumir que se resumem, essencialmente, às *safety talks* ou iniciativas análogas (Graça, 1999 a).

A existência exclusiva de *formas de participação directa ou não-representacional* tende a ocorrer sobretudo nas empresas com nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (OD ajustado=1.9; intervalo de confiança a 95% para o OD ajustado: 1.1.- 3.4). Este resultado é independente de a empresa ser multinacional e do sector produtivo. O modelo de RLM tem uma capacidade de predição de 73% e um nível de significância de *p* < .01.

Atendendo a que se trata de uma amostra das nossas duas mil maiores e melhores empresas, é de considerar como baixa a proporção daquelas que utilizam o *Boletim/Jornal de empresa* como estrutura participativa (23%). Por seu turno, ao surgir em 5º lugar, com 19% de respostas, a figura da *Comissão de Trabalhadores* está longe de se poder considerar extinta e, provavelmente até, de ter esgotado as suas potencialidades como forma de representação

colectiva do pessoal. A frequência observada não difere da esperada, de acordo com as estimativas que se conhecem sobre o número de comissões de trabalhadores que ainda estariam activas nos finais da década de 1990. Não há diferenças entre empresas com (n=46) e sem (n=197) Comissões de Trabalhadores, no que diz respeito à modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho nem à existência de um estilo de gestão democrático ou participativo. No entanto, as primeiras tendem a ter um sistema de gestão da SH&ST mais integrado do que as segundas ( $p < .01$ ).

No entanto, a forma mais específica, clássica e institucionalizada, de participação é a Comissão (paritária) de SH&ST, citada por mais de um terço das empresas (37%). Trata-se de uma forma *indirecta ou representacional*, que colhe os favores dos sindicatos, e em particular da CGTP-IN. Esta figura pode ser criada no âmbito da contratação colectiva ou por iniciativa patronal, não sendo obrigatória por lei, a não ser no caso da administração pública (D.L. n.º 488/99, de 17 de Novembro de 1999).

Nas empresas onde existe Comissão de SH&ST, não se sabe, naturalmente, (i) como funciona, (ii) com que regularidade se reúne ou (iii) quais são as suas competências. Em quatro estudos de caso sobre políticas de saúde no local de trabalho, há duas empresas com Comissão de SH&ST. O seu papel é descrito como positivo mas não como proactivo (Graça, 1999a e 1999b).

Em termos mais gerais, não se sabe quantas Comissões de SH&ST é que existem nem muito menos se estão a funcionar regularmente. Na melhor das hipóteses, o seu número não deve ficar muito aquém de um terço do universo das duas mil maiores empresas portuguesas, mesmo assim bastante à frente das Comissões de Trabalhadores (Dornelas, 1999).

Na amostra de empresas comunitárias inquiridas em 1991 (n=1451), a percentagem de respondentes com comissões de SH&ST ia de 41% na Itália aos 88% na Alemanha e aos 91% em Espanha. A explicação das diferenças passava sobretudo pela legislação em vigor (Wynne e Clarkin, 1992). No estudo comunitário, citado no Cap.º II (ponto 2.5.7), realizado em finais de 1996, no âmbito do projecto EPOC (*Employee Direct Participation in Organizational Change*), só um 1/3 dos locais de trabalho portugueses tinham representantes dos trabalhadores. Esta proporção contrastava com a da Suécia (85%) (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Em Portugal, nos finais da década de 1990, o crescimento, em quantidade e qualidade, das Comissões de SH&ST parecia estar também condicionado pela existência da figura do *Representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST*, prevista no art. 10º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro. Esta nova figura só foi assinalada por 16% dos respondentes ao questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho*.

Por outro lado, quase dois terços (64%) das empresas com comissões de SH&ST ainda não tinham sequer, à data da resposta ao questionário, a figura do *Representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST*, o que pode levantar algumas dúvidas sobre a legitimidade democrática dos representantes do pessoal nessas comissões. Ou sobre a sua representatividade sindical.

A existência de comissão (paritária) de SH&ST tem sobretudo a ver com o sector produtivo, o serviço interno de SH&ST e o volume de emprego. É independente do período de fundação e do nível de sindicalização (*Quadro V.12*).

Quadro V.12 – Análise de factores preditivos da existência de comissão (paritária) de SH&amp;ST por regressão logística múltipla (n=169)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)	97	72	< .001	72.8	2.5	1.5 – 5.6
Serviço interno de SH&ST	97	72			2.3	1.1 – 5.0
Sector produtivo	104	65			7.7	3.2 – 18.7
Fundação anterior a 1974	114	55			5	2 – 11
30% ou mais dos trabalhadores sindicalizados	94	75			1.5	7 – 3.3

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

As formas de participação, directas (Grupo II) e indirectas (Grupo I), não são mutuamente exclusivas. Há um conjunto de empresas que, em princípio, consegue um equilíbrio efectivo e concreto entre formas representacionais e não-representacionais de participação no domínio da SH&ST (Grupo III). A existência simultânea ou co-existência destas formas é mais provável no sector produtivo, em sistemas de trabalho modernizados, nas empresas da lista da *Exame 500/97* e naquelas com 30% ou mais de trabalhadores sindicalizados (*Quadro V.13*).

Quanto aos *Programas de Ideias e Sugestões*, embora eles sejam pouco utilizados nas empresas europeias como forma de participação de pessoal no domínio da SH&ST, contrariamente aos *Círculos de Segurança* ou aos *Círculos de Saúde*, nesta amostra portuguesa eles aparecem à frente das *Equipas de Trabalho*, dos *Grupos de Discussão e Melhoria*, dos *Círculos de Qualidade* ou dos *Grupos de Diagnóstico e Projecto*, habitualmente associados às chamadas formas de participação organizacional e integrativa (Cristovam, 1989; Kovács, 1989a).

Quadro V.13 – Análise de factores preditivos da existência simultânea de formas directas e indirectas de participação por regressão logística múltipla (n=158)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Sector produtivo	103	55	< .001	69.6	3	1.3 – 6.8
Modernização do sistema de trabalho	62	96			2.6	1.2 – 5.7
Grande empresa (≥ 250 trabalhadores)	90	68			1.7	7 – 4.0
Lista da Exame 500/97	73	85			2.6	1.1 – 5.9
30% ou mais dos trabalhadores sindicalizados	103	55			2.3	1.1 – 5.0

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD



De um modo geral, e no plano dos princípios, a maioria dos respondentes tende a reconhecer, aos trabalhadores e/ou seus representantes, os direitos mais elementares no domínio da SH&ST (*informação, formação e consulta*), em conformidade, de resto, com o disposto no D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991. Em contrapartida, apenas uma pequena minoria (11%) reconhece ou aceita o direito à participação no *processo de negociação e decisão*. Em contrapartida, e um pouco surpreendentemente, o dobro dos respondentes (23%) assinalou o direito a *recusar o trabalho em perigo grave e iminente* a que se refere o art. 15º do supracitado diploma legal.

*Eleger representantes para a SH&ST* é também um dos direitos que, em 1991, passou a ser reconhecido aos trabalhadores portugueses. A avaliar pelas respostas à pergunta B8, dois em cada três dos nossos empregadores continuariam a rejeitar a ‘partidarização’ (em termos político-sindicais) desta figura jurídica, a qual (ii) deve ser eleita pelos trabalhadores, (ii) por voto directo e secreto, (iii) em listas apresentadas pelas organizações sindicais que tenham trabalhadores representados na empresa ou (iv) em listas que se apresentem subscritas, no mínimo, por 20% dos trabalhadores da empresa.

Porventura não é tanto a percepção daquele perigo (real ou imaginário) como sobretudo a falta de experiência de participação efectiva e concreta nos locais de trabalho, neste e noutros domínios, que nos ajuda a explicar a baixa percentagem (37%) de respondentes que reconhece, em princípio, o *direito a eleger representantes para a SH&ST*.

Em contrapartida, uma percentagem muito maior e talvez surpreendente (cerca de 48%) reconhece o direito dos trabalhadores conhecerem e investigarem os riscos a que estão expostos no local de trabalho. Convém dizer que este é (i) um direito que não está explicitamente reconhecido entre nós e (ii) que, como tal, não pode ser regulamentado, contrariamente ao direito de eleger representantes para a SH&ST, a aguardar desde 1991 regulamentação específica. De qualquer modo, ele é distinto do simples *direito à informação*. Este pressupõe um papel passivo, por parte dos trabalhadores, enquanto aquele (*conhecer/investigar os riscos*) exige um papel activo ou, pelo menos, positivo.

Em resumo, as respostas à pergunta B8 são deveras elucidativas e vêm confirmar o que há dez anos escrevi sobre a natureza da participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (Graça, 1993): na actual legislação portuguesa, a participação é claramente desequilibrada, assumindo apenas algumas formas de *cooperação* (v.g., direito à informação e à consulta) mas não de *co-determinação* (v.g., direito à negociação e decisão), como acontece nos países da Europa do Norte, com legislação mais avançada do que a nossa. A prática das empresas vem reforçar este hiato, já detectado na legislação.

Para a generalidade dos representantes das nossas empresas, os direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST (i) devem limitar-se à *informação* sobre os riscos profissionais e sobre as medidas de prevenção e protecção a tomar pelo empregador; quando muito, (ii) os trabalhadores ou os seus representantes podem ser *consultados* sobre os riscos a que estão expostos e sobre as medidas a tomar pelo empregador; em contrapartida, (iii) é lhes vedada a possibilidade de, individual ou colectivamente, participarem no processo de *negociação e decisão* dessas medidas, e poderem assim exercer um controlo mais eficaz sobre o próprio sistema de gestão da SH&ST, incluindo a avaliação dos seus próprios riscos no trabalho (Graça, 1993:18).

A participação tende a ser vista como um *continuum* que vai da *cooperação* (direito e dever de ser informado e consultado) à *co-determinação* (direito e dever de negociar e decidir em conjunto). Implicitamente, a nossa legislação reconhece três direitos fundamentais no domínio da SH&ST: (i) o *direito de conhecer* os riscos e os factores de risco no trabalho (ou, pelo menos, de ser *informado* e de receber *formação*); (ii) o *direito de participar* na permanente detecção, avaliação, controlo, prevenção e redução desses riscos; e, por fim, (iii) o *direito de recusar o trabalho* em caso de perigo grave e iminente que não possa ser evitado ou prevenido.

Numa perspectiva global, integrada e participativa da prevenção da doença e da promoção da saúde no trabalho (Sass, 1985), estes três direitos só podem ser *interdependentes*: (i) o direito de recusar o trabalho e de participar na avaliação e controle dos riscos implicam a existência do *direito de conhecer/investigar* (Oddonne *et al.*, 1984; Berlinguer e Biocca, 1987); (ii) o direito de participar e o direito de conhecer/investigar têm, por seu turno, de ser complementados pelo *direito de recusar o trabalho*.

Duas em cada cinco empresas da amostra só reconhecem os direitos de *cooperação*: (i) explícita e concretamente todos os direitos de cooperação (ser informado, receber formação, ser consultado e eleger representantes); ou só alguns dos chamados direitos mínimos (por ex., ser informado e consultado, ou ser informado e eleger representantes). Um baixo nível de participação, limitada apenas aos direitos de cooperação, tem 2.3 vezes mais hipóteses de ocorrer em empresas com um sistema de trabalho taylorizado, e independentemente da sua dimensão (GE ou PME) (OD ajustado=2.3; intervalos de confiança a 95% para o OD ajustado: 1.3 – 4.0) ( $p < .001$ ).

Considerando (i) a existência de formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (pergunta B6), (ii) a importância atribuída pela administração/direcção a essa participação (pergunta B7) e, por fim, (iii) os direitos reconhecidos pela empresa, independentemente do normativo legal e convencional (pergunta B8), constata-se que em mais de 40% da amostra são reduzidas as oportunidades de participação efectiva e concreta.

A existência de oportunidades de participação efectiva e concreta dos trabalhadores e/ou seus representantes é independente do sector de actividade, do volume de emprego ou da modalidade de serviços de SH&ST. Em contrapartida, há 2.5 vezes mais probabilidades de ocorrer nas empresas com um nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (OD ajustado=2.5; intervalos de confiança a 95% para o OD ajustado: 1.4 – 4.4) ( $p < .001$ ).

## 5.7. Integração do sistema de gestão da SH&ST

Variáveis independentes como o figurar na lista da *Exame 500/97* (as 500 maiores e melhores empresas do ano de 1997), ser multinacional, pertencer ao sector produtivo e ter um nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho ajudam a predizer um grau elevado de integração do sistema de gestão da SH&ST (*Quadro V.14*).

Recorde-se que a *integração do sistema de gestão da SH&ST* resulta da ponderação de quinze indicadores, a seguir sumariamente descritos:

- (i) os investimentos feitos nos últimos cinco anos, a nível dos componentes materiais de trabalho, visaram explicitamente a melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular (Pergunta A9);
- (ii) há um sistema gestão da qualidade, de preferência certificado segundo a Norma ISO 9000 (Pergunta A10);
- (iii) a empresa tem um sistema de informação sobre o absentismo, em geral, e sobre o absentismo por incapacidade temporária, em particular, incluindo-se nessa informação a taxa de absentismo observada e a taxa de absentismo aceitável (Pergunta B2) bem como a especificação das três principais causas das baixas por doença e/ou acidente (Pergunta B3);
- (iv) a empresa preocupa-se com a incidência de estilos de vida não-saudáveis de alguns indivíduos ou grupos da sua população trabalhadora (Pergunta B4);
- (v) há oportunidades de participação, efectiva e concreta, dos trabalhadores no domínio da SH&ST, o que significa a existência de formas (directas e/ou indirectas) de participação individual e colectiva (Pergunta B6), a atribuição de bastante ou muita importância à participação, o reconhecimento de direitos que estão legalmente consagrados (formação, informação, consulta, representação e recusa do trabalho em caso de perigo grave e iminente) (Pergunta B8);
- (vi) a empresa tem uma estratégia ou filosofia de acção integrada no domínio da SH&ST, preocupando-se com a protecção e a promoção da saúde dos trabalhadores (Pergunta B9.2);
- (vii) a empresa está a planear e/ou implementar iniciativas que cobrem todos os cinco tipos de políticas, programas e actividades de saúde (A, B, C, D, E) (Pergunta C1 e pergunta E5);
- (viii) a filosofia de gestão ou cultura da empresa e a melhoria explícita da saúde dos colaboradores são dois dos principais *prompting factors* que explicam as iniciativas de saúde (Pergunta D1);
- (ix) a gestão de topo está envolvida na concepção, planeamento, implementação e avaliação da política de saúde (Pergunta D2);
- (x) há uma equipa de saúde ocupacional, multidisciplinar e multiprofissional (Pergunta D2);
- (xi) os trabalhadores e/ou seus representantes são consultados nas fases de planeamento e de implementação das políticas, programas e actividades de saúde (Pergunta D3);
- (xii) há uma política escrita e/ou um orçamento específico de SH&ST (Pergunta D5);
- (xiii) a melhoria da saúde do pessoal é, explícita e reconhecidamente, um dos três principais benefícios obtidos pela empresa na sequência da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde e a segurança no trabalho (Pergunta D6);
- (xiv) é atribuída muita ou bastante prioridade à saúde (Pergunta E2);

e, por fim, (xv) há informação quantificada sobre os custos com o pessoal, incluindo os custos com a saúde e a segurança do trabalho (Pergunta E4).

Uma das conclusões que se pode tirar da leitura do *Quadro V.14* é que a modalidade de serviço interna de SH&ST não é, só por si, condição suficiente para predizer um elevado grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (índice > 0.67). O mesmo se passa com outras variáveis de caracterização como a dimensão (volume de emprego e de vendas), a certificação da qualidade, a exportação, o período de fundação ou o controlo accionista. De facto, são sobretudo as empresas do sector produtivo e com um sistema de trabalho técnica e organizacionalmente mais evoluído que têm mais probabilidades (neste caso 3 a 4 vezes mais) de atingir uma maior integração do sistema de gestão da SH&ST.

Quadro V 14 – Análise de factores preditivos do grau elevado de integração do sistema de gestão da SH&ST, por regressão logística múltipla (n=218)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Lista da Exame 500/97	100	118	< .001	72.5	2.8	1.3 – 6.8
Multinacional	61	157			2.2	1.2 – 5.7
Grande empresa (a)	126	92			7	7 – 4.0
Grande empresa (b)	136	82			8	2 – 6.2
Sector produtivo	141	77			3.7	1.1 – 5.9
Modernização do sistema de trabalho	90	128			3.1	1.1 – 5.0
Fundação anterior a 1974	144	74			1.0	5 – 2.0
Controlo accionista público ou cooperativo	26	192			6	5 – 3.8
Exportação	114	104			1	9 – 3.6
Certificação da qualidade	102	116			1	9 – 3.2
Serviço interno de SH&ST	118	100			6	6 – 24

(a) ≥ 250 trabalhadores (b) ≥ 250 trabalhadores e/ou 7.5 milhões de contos de vendas

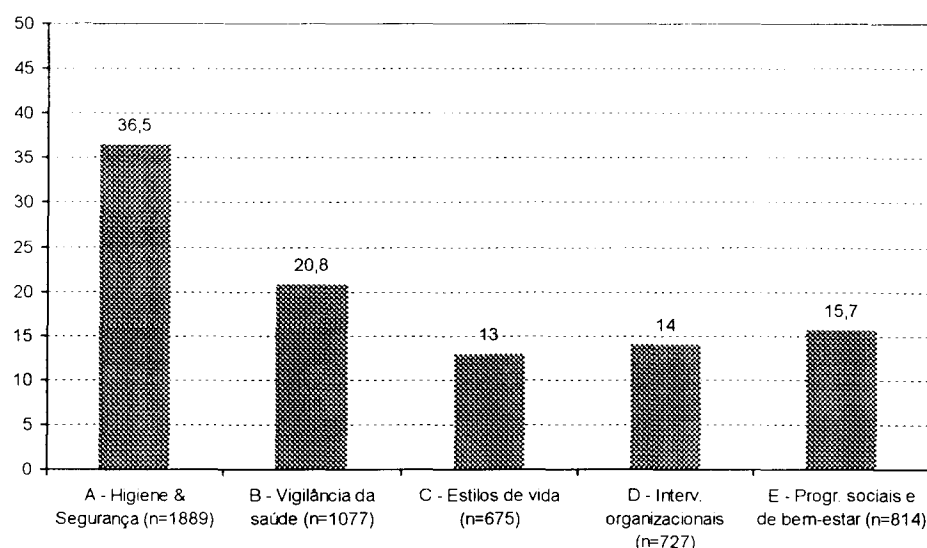
\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

## 5.8. Políticas, programas e actividades de saúde

Uma primeira leitura dos resultados aponta para a predominância, entre nós, das actividades mais tradicionais ligadas à prevenção dos riscos profissionais e à vigilância da saúde dos trabalhadores. Assim, as actividades de tipo A e B representam, só por si, mais de 57% do total (*Figura V.1*).

Por sua vez, uma análise das actividades de tipo A mostra-nos que as empresas portuguesas tendem a privilegiar a protecção *individual* em detrimento da protecção *colectiva*. De facto, (i) praticamente quatro em cada cinco referiu a existência de *equipamento de protecção individual (EPI)*; em contrapartida, (ii) pouco mais de metade assinalou a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*.

Figura V.1 – Distribuição percentual, no conjunto da amostra (n=259), do nº de actividades de saúde por tipologia (n=5182)



Em mais de 60% das empresas haveria *programas de prevenção/redução dos acidentes de trabalho*, não se sabendo se eram orientados para a prevenção a nível do indivíduo ou para a prevenção a nível do trabalho. Em todo o caso, menos de um em cada cinco respondentes declarou que tinha procedido à *automatização de operações perigosas*, o que é também um indicador (indirecto) do baixo grau de modernização tecnológica dos nossos locais de trabalho.

A baixa prevalência das medidas de protecção colectiva, entre nós, na segunda metade da década de 1990, contrastava com os valores encontrados em 1991 no estudo da Fundação Europeia, já citado (Wynne e Clarkin, 1992): no conjunto dos sete Estados-membros da então CEE, a *automatização de operações perigosas* era muito maior (47%), o mesmo se passando com a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos* (76%) (Quadro V.1.5).

Mesmo sabendo que as duas amostras não são comparáveis entre si, em Portugal registava-se uma menor frequência de actividades de tipo A: por exemplo, o *controlo/monitorização de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* era feito apenas por 43% das empresas portuguesas (contra 56% na amostra europeia) (Quadro V.1.5). O mesmo se passava com a *melhoria do ambiente físico de trabalho* (v.g., ventilação, iluminação, climatização, espaços de trabalho individual, decoração de interiores). Também as medidas de *combate ao ruído* eram menos frequentes em Portugal (59%) do que na amostra europeia (68%).

Por fim, era relativamente baixa a proporção de empresas que realizavam actividades relacionadas com a avaliação e monitorização dos factores de risco ambientais: de facto, menos de metade dos respondentes faziam periodicamente *avaliação das condições físicas de trabalho* (45%) ou *auditorias ambientais* (44%).

Quadro V.15 — Programas ou actividades de saúde mais frequentes ( $\geq 50\%$ ), levadas a cabo pelas empresas portuguesas (1997/98) (n=259) por comparação com a amostra da CEE (1991) (n=1451) (%)

Políticas, programas e actividades menos frequentes mais frequentes ( $\geq 50\%$ ),	Tipo	Portugal (1)	CEE (a) (2)	Dif. (1-2)
Exames de vigilância médica periódica de todo o pessoal	B	83	51	+ 32
Equipamento de protecção individual	A	79	80	- 1
Instalações p/ o pessoal (por ex., refeitório, duche)	E	75	47	+ 32
Exames iniciais e ocasionais	B	67	-	-
Apoio a actividades recreativas e culturais/Festas e convívios	E	61	25	+ 36
Prevenção/redução dos acidentes de trabalho	A	61	-	-
Prevenção/redução do ruído	A	59	68	- 9
Sistema de sinalização de SH&ST	A	58	-	-
Melhoria da ventilação	A	57	76	- 19
Consultas regulares de clínica geral	B	55	-	-
Melhoria da iluminação	A	54	76	- 22
Protecção colectiva de máquinas/equipamentos	A	52	76	- 24
Melhoria do conforto térmico / climatização	A	52	74	- 22
Protecção social complementar	E	52	-	-
Formação/treino em comportamento organizacional Formação em GRH	D	51	55	- 4
Consumo de álcool / droga	C	50	28	+ 22
Melhoria do conforto térmico	A	50	-	-

(a) Fonte: Wynne e Clarkin (1992)

De acordo com o *Quadro V.15*, eram sobretudo as actividades mais tradicionais, de tipo A e B, as que figuravam na lista das iniciativas de saúde com frequência igual ou superior a 50%. A única actividade de tipo D (Intervenções organizacionais) que atinge este patamar é do domínio da formação (*Comportamento organizacional e/ou Gestão de recursos humanos*). Não se sabe, no entanto, qual é a percentagem de trabalhadores elegíveis para este tipo de iniciativas. Presumo que seja baixa, dados os seus custos elevados (Graça, 1999c).

A actividade mais comum em Portugal ainda é a realização, no âmbito da medicina do trabalho, de *exames de vigilância periódica da saúde dos trabalhadores* (83%), obrigatórios por lei. A diferença em relação à amostra europeia era de 32 pontos percentuais. Em contrapartida, apenas uma em cada cinco empresas declarou ter *infra-estruturas para a prática de actividade física* (tipo E) ou, inclusive, *programas de actividade física / fitness* (tipo C) (*Quadro V.16*).

A maior parte dos programas, e nomeadamente os de tipo C, D e E, têm uma baixa frequência (< 50%) nos nossos locais de trabalho. E alguns até são raros ou praticamente inexistentes: por ex., os grupos de auto-ajuda, os *employee assistance programs* (programas de apoio e tratamento), a prevenção dos acidentes de trajeto ou a gestão do stress. Há diferenças de vinte ou mais pontos percentuais entre a amostra portuguesa e a amostra comunitária em programas de (i) tipo C, como o consumo do álcool e droga (+ 20); (ii) de tipo D, como a flexibilização do tempo de trabalho (- 22) ou o *job design* (- 24); ou de (iii) tipo E, como a acção social complementar (-22%).

Quadro V. 16 — Programas ou actividades de saúde menos frequentes (< 50%), levadas a cabo pelas empresas portuguesas (1997/98) (n=259), por comparação com a amostra da CEE (1991) (n=1451) (%)

Políticas, programas e actividades menos frequentes (< 50%)	Tipo	Portugal (1)	CEE (a) (2)	Dif. (1-2)
Consumo de álcool/droga	C	48	28	+ 20
Vacinação (por ex. tétano, hepatite, gripe)	B	48	-	-
Avaliação periódica das condições físicas de trabalho	A	45	-	-
Exames de vigilância médica periódica/Grupos de risco	B	44	46	- 2
Auditorias ambientais periódicas	A	44	-	-
Boletim/jornal da empresa/Outras formas de comunicação	E	44	-	-
Controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas	A	43	56	- 13
Informação / educação para a saúde/ formação em grupo	C	43	40	+ 3
Formação/treino em SH&ST	A	42	-	-
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	A	41	54	- 13
Apoio de pessoal de enfermagem	B	39	-	-
Controlo da tensão arterial	C	38	-	-
Reestruturação da organização do trabalho	D	37	47	- 10
Flexibilização do tempo de trabalho	D	34	56	-22
Transportes fornecidos pela empresa	E	31	-	-
Consumo de tabaco	C	30	37	- 7
Design / decoração de interiores	A	25	57	- 32
Exames de vigilância médica periódica dos quadros	B	25	45	- 20
Política de absentismo orientada p/ a prevenção	D	25	-	-
Reintegração/reabilitação no local de trabalho	D	23	-	-
Avaliação periódica do clima organizacional	D	21	-	-
Sistemas participativos como o TQM	D	21	-	-
Programas de actividade física / Fitness	C	20	10	+ 10
Política de nutrição saudável	C	19	37	- 18
Infra-estruturas p/ a prática de actividade física	E	19	23	- 4
Automatização de operações perigosas	A	18	47	- 29
Controlo do peso	C	18	-	-
Tratamento/reabilitação doenças relacionadas c/ o trabalho	B	18	-	-
Consultas regulares de outras especialidades médicas	B	17	-	-
Job design / Ergonomia do posto de trabalho	D	15	39	- 24
Reestruturação do trabalho p/ turnos/trabalho nocturno	D	13	24	-11
Apoio de outros profissionais de saúde	B	11	-	-
Aconselhamento psicológico/Assistência sociofamiliar	E	10	30	- 20
Outras formas de acção social complementar	E	9	31	- 22
Reestruturação participativa da empresa	D	9	-	-
Formação/treino em gestão do stresse	E	8	11	- 3
Acidentes de trajecto	C	7	-	-
Programas de assistência não-clínica / Grupos de auto-ajuda	E	1	16	-15

(a) Fonte: Wynne e Clarkin (1992)

Nos sete países da então CEE, as actividades e programas mais frequentes e que apresentavam um maior índice médio de saúde, ainda eram as de tipo mais tradicional, ligadas à *higiene e segurança no trabalho* (A) e à *vigilância periódica de saúde* (B): 66% e 48%, respectivamente, no que se refere à frequência; 85 e 80, respectivamente, no respeitante ao índice de saúde. Contrariamente ao que se passava nos EUA, as actividades e programas de tipo C (*Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis*), ainda eram as menos frequentes (32%), a seguir aos *Programas sociais e de bem-estar* (23%). E, sem surpresa, as intervenções organizacionais (D), eram as que apresentavam o mais baixo índice de saúde (73, sendo a base 100) (*Figura V.2*).

Uma boa parte das actividades realizadas nas nossas empresas não são susceptíveis de comparação com a amostra europeia, pela simples razão de não constarem sequer do questionário europeu, aplicado em 1991 também por via postal (Wynne e Clarkin, 1992). Refira-se, a título de exemplo, actividades como: (i) exames de saúde iniciais e ocasionais; (ii) prevenção dos acidentes de trabalho; (iii) consultas regulares de clínica geral; (iv) cuidados de enfermagem; (v) vacinação (voluntária); (vi) boletim/jornal de empresa; (vii) avaliação do clima organizacional; (viii) controlo da tensão arterial; (ix) formação/treino em SH&ST; ou (x) controlo do peso.

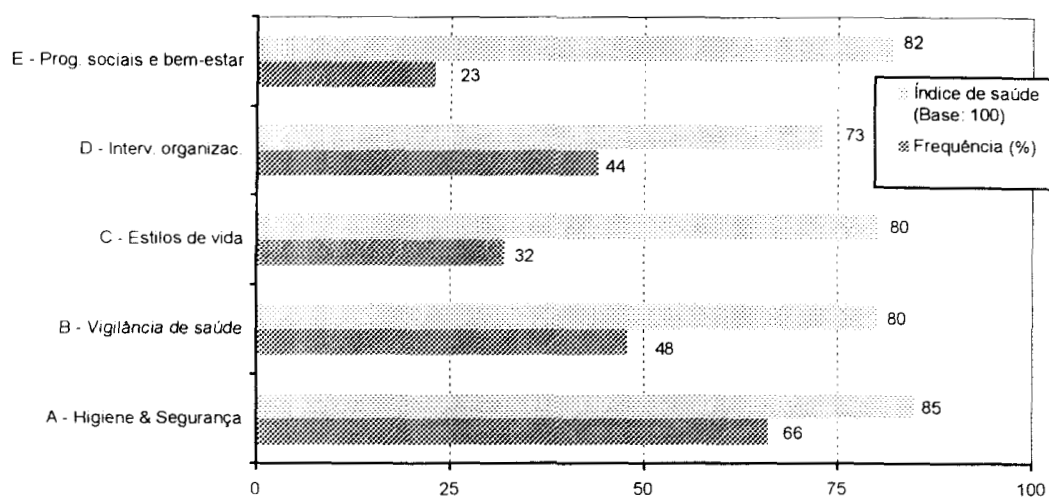
Mesmo assim, e como já foi referido, há grandes discrepâncias no que se refere à prevalência de alguns programas comuns às empresas portuguesas (1997/1998) e às empresas dos sete países da CEE (1991). Há também diferenças acentuadas no que concerne ao índice de saúde (*Figuras V.3 e V.4*).

Onde Portugal parece levar alguma vantagem seria nas actividades de tipo B: os *exames de vigilância periódica de saúde*, abrangendo toda a população trabalhadora de uma empresa ou estabelecimento, seriam mais frequentes entre nós (83%) do que na média das empresas europeias (51%). Já quanto à *vigilância de saúde de grupos de risco*, a proporção seria mais ou menos a mesma (44% em Portugal contra 46% nos sete países da CEE).

Em contrapartida, os *exames de saúde*, especificamente *orientados para os quadros* (superiores e intermédios) da empresa, seriam mais usuais na amostra europeia (45%) do que na nossa amostra (25%). Três explicações podem ser dadas para tentar perceber esta diferença: (i) para alguns respondentes, os exames médicos periódicos de *tudo o pessoal* incluem também os exames médicos periódicos dos *quadros*, pelo que esta última categoria estaria sub-reportada; (ii) em Portugal, muitos dos colarinhos brancos (e, em particular, o pessoal dirigente e de enquadramento técnico) usufruem de *fringe benefits*, nomeadamente em termos de protecção social complementar (por ex., seguro de saúde), o que lhes permite realizar os seus *checkups* periódicos fora das instalações da empresa, com livre escolha do médico; (iii) os exames de saúde a que se refere o art. 16º do D.L. nº 26/94, e em especial os exames anuais (para os menores de 18 anos e os maiores de 50) e bianuais (para os restantes trabalhadores), não abrangem todas as categorias de trabalhadores por conta de outrem: na prática, os serviços de SH&ST não convocariam, por razões de constrangimento ou de oportunidade, o pessoal dirigente e os quadros superiores da empresa, o que contribui para reproduzir ou até reforçar o estereótipo segundo o qual a medicina do trabalho tem sobretudo como população-alvo os *colarinhos azuis* (depreciativamente, o “pessoal da ferrugem” o “de fato-macaco”).

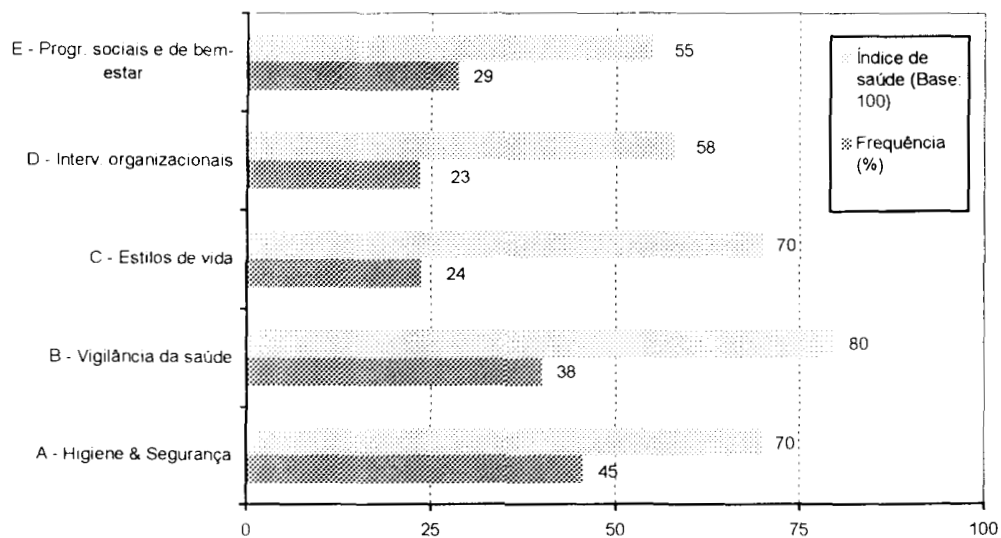


Figura V.2 — Frequência e Índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (CEE, 1991) (n=1451)



Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

Figura V.3 — Frequência e índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (Portugal, 1997/98) (n=259)



De qualquer modo, constata-se uma hipervalorização, entre nós, dos exames de saúde, de resto já patente no relatório anual de actividade dos serviços de SH&ST (Graça, 2003). Em 95% dos casos (n=245) realizavam-se exames médicos, periódicos e não-periódicos (iniciais e ocasionais). As catorze empresas em que não se realizavam exames de medicina do trabalho eram todas do sector de serviços. Surpreendentemente, duas dessas empresas declararam ter serviços internos de SH&ST, o que sugere (i) incongruência; (ii) erro na resposta ou (iii) organização em curso do serviço de saúde/medicina do trabalho.

No que diz respeito às actividades de tipo C, as nossas empresas levariam (i) alguma vantagem (em 1997/98), relativamente às empresas comunitárias (em 1991), em termos de prevalência de certas políticas, programas e actividades orientadas para a prevenção dos comportamentos de risco e/ou promoção de estilos de vida saudáveis (v.g., consumo do álcool e droga); e (ii) alguma desvantagem em relação a outros (v.g., consumo de tabaco).

A existência de políticas, programas e actividades de tipo C, assinalada em cerca de 84% da amostra, é independente de factores como: (i) a preocupação, por parte do empregador, com os estilos de vida dos trabalhadores; e nomeadamente (ii) a preocupação com o consumo de substâncias aditivas (álcool, droga e tabaco). Em contrapartida só a existência de pessoal de enfermagem permite predizer a existência de programas de controlo do consumo de álcool e/ou de droga (Quadro V.17).

Um pouco surpreendente é, contudo, a proporção de empresas portuguesas que declararam ter programas de *actividade física* para os seus trabalhadores em 1997/98: uma em cada cinco (contra uma em cada dez empresas da amostra europeia, em 1991; ou duas em cada cinco empresas norte-americanas em 1992).

E digo surpreendente, em face da atitude da população portuguesa em relação à actividade física como meio de fomentar a vida activa saudável (European Commission, 1999); e sobretudo dos resultados do *Inquérito Nacional de Saúde (1995/96)*, segundo os quais era então muito a baixa percentagem de portugueses, de 15 ou mais anos de idade, que faziam “exercício físico regular para se manter em boas condições” (sic): (i) apenas 9.5% da população inquirida no âmbito do INS 1995/96 referiu que fazia exercício físico um ou mais dias por semana; além disso, (ii) este hábito estava relacionado com a idade: por ex., quatro em cada dez indivíduos pertencentes ao grupo etário dos 15 aos 17 anos, declararam fazer exercício físico regularmente; essa proporção era muito menor nos indivíduos com 25 ou mais anos (Portugal. Ministério da Saúde. DEPS, 1997: 90).

Quadro V.17 – Análise de factores preditivos da existência de programas de controlo do consumo de álcool e/ou droga por regressão logística múltipla (n=247)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Pessoal de enfermagem	104	143	< .001	61.9	2.5	1.5 – 4.4
Médico de clínica geral	143	104			1.4	.8 – 2.5

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

A existência de programas de actividade física (i) tende a ser 2.2 vezes mais provável naquelas empresas em que os gestores se preocupam com o sedentarismo do pessoal; e (ii) 5 vezes e meia mais provável naqueles que oferecem condições logísticas para a prática de desporto e outras formas de exercício físico (*Quadro V.18*). Estes resultados são consistentes, revelando coerência nas respostas.

Quadro V.18 – Análise de factores preditivos da existência de programas de actividade física por regressão logística múltipla (n=258)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Preocupação com a falta de exercício físico	75	183	< .001	79.8	2.2	1.1 – 4.3
Infra-estruturas para a prática de actividade física	48	210			5.5	2.7 – 10.9

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

A frequência relativa de políticas de nutrição saudável, nas empresas da nossa amostra (19%, contra 31% das empresas norte-americanas em 1992), pode ser considerada baixa, tendo em conta que 75% dos respondentes declararam ter instalações destinadas ao pessoal (por ex., sala de repouso ou de convívio, bar, refeitório). É possível que, pelo menos, metade destes respondentes tenha refeitório próprio. Todavia, nem todos aproveitarão o facto de terem instalações apropriadas (refeitório, cozinha, bar, cantina) para promover uma alimentação correcta e equilibrada, mesmo quando, hoje em dia, a tendência é para recorrer ao *outsourcing*, entregando a exploração dos refeitórios e cantinas a empresas especializadas no domínio da restauração colectiva (vd. Graça, 1999a).

Relativamente às actividades de tipo D, a discrepância entre empresas portuguesas e europeias também é grande: por exemplo, (i) a *concepção ergonómica do posto de trabalho* (15%) ainda era uma relativa raridade em 1997/98, quando comparada com a proporção obtida na amostra europeia de 1991 (39%); (ii) o mesmo se podia dizer da *reestruturação do trabalho por turnos e do trabalho nocturno* (referida por apenas 13% dos inquiridos contra 24% na CEE); e, por fim, (iii) a introdução de *mudanças na organização do trabalho* (de modo a torná-lo, por ex., menos pobre e repetitivo, mais rico e variado, com mais possibilidades de autocontrolo, de interacção com os outros trabalhadores e exigindo mais qualificação) era também ainda menos frequente em Portugal (37%) do que nos sete países da CEE (47%).

A maior frequência de actividades de tipo D (*Intervenções organizacionais / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho*) está associada, como seria de esperar, à modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho. Muito em particular a formação em gestão em recursos humanos e/ou em comportamento organizacional está associada, não só à modernização, como à certificação da qualidade, à dimensão da dimensão e às multinacionais. Em contrapartida não é explicada pela modalidade de serviço interno de SH&ST (*Quadro V.19*).

Finalmente, e no que se refere às actividades de tipo E, as comparações entre a nossa amostra e a amostra europeia apontam para o seguinte: (i) haveria mais empresas portuguesas com *instalações* destinadas ao conforto e bem-estar do pessoal (uma diferença de + 32 pontos percentuais!); (ii) também era mais frequente o *apoio a actividades recreativas e*

*culturais* (incluindo festas como a do Natal ou a do dia da empresa) (61% contra 25%); em contrapartida, eram diminutos os casos de *aconselhamento psicológico e/ou assistência sociofamiliar*, dado por pessoal qualificado (por ex., psicólogo, assistente social) (10% contra 30%).

Quadro V.19 – Análise de factores preditivos da formação em gestão de recursos humanos e/ou em comportamento organizacional (n=244)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Nível alto de modernização do sist. téc. e org. trab.	98	136	< .001	73.5	3.8	2.1 – 7.0
Grande empresa (250 ou + trabalhadores)	138	96			2.9	1.6 – 5.5
Certificação da qualidade	106	128			2.1	1.1 – 3.7
Multinacional	63	128			2.6	1.3 – 5.3
Serviço interno de SH&ST	129	105			.8	.4 – 1.4

\* Adjusted Odds Ratio \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

Entretanto, nenhum dos valores médios dos cinco índices específicos de saúde ultrapassa, no caso da minha amostra, o valor 0.80 (que é o índice mais elevado, o índice B). A leitura que se pode fazer deste resultado é simples: para a generalidade das empresas portuguesas os *exames de saúde* e a *prestação de cuidados de saúde* visam *em grande parte* mas não exclusivamente a saúde. O mesmo se passa com os índices A e C que não ultrapassam os 0.70.

Em contrapartida, o índice E tem o valor médio mais baixo (0.55), contrastando com o correspondente valor obtido na amostra da CEE (0.82): na maioria das nossas empresas, os *programas sociais e de bem-estar* só em parte visam a (ou são ditados por razões de) saúde. O mesmo se passa com o índice D (0.58): as *intervenções organizacionais* e a *melhoria do ambiente psicossocial de trabalho* só em parte visam a saúde dos trabalhadores.

Note-se que cada índice específico de saúde se refere apenas a cada um dos cinco grupos principais de actividades (A, B, C, D, E) e não a cada um das actividades específicas dentro de cada grupo ou tipologia (por ex., melhoria do conforto térmico ou formação/treino em gestão do stress, agrupada nas políticas, programas e actividades de tipo A e tipo E, respectivamente).

Dado que, teoricamente pelo menos, cada respondente poderia assinalar até 61 itens – tantos quantos os listados no questionário (pergunta C1) –, tornava-se absolutamente impraticável e até contraproducente recolher informação desagregada de modo obter um índice de saúde para cada uma das actividades existentes (pergunta C2). A solução por que optei, teve como preocupação não alongar ainda mais o questionário e garantir uma boa taxa de resposta.

Em suma, os resultados, correspondentes às respostas da Secção C do questionário, apontam, para (i) a hipervalorização dos exames de medicina do trabalho; e por outro para (ii) o subaproveitamento de um vasto conjunto de actividades (nomeadamente de tipo D e E), que são correntemente levadas a cabo pelas empresas e que nunca ou raramente são pensadas em termos de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. Poder-se-ia dar,

como exemplo, a reestruturação do trabalho nocturno e por turnos; ou a alteração do *lay-out* de produção.

## 5.9. Desenvolvimento das políticas de saúde

### 5.9.1. Envolvimento dos diferentes actores

Tal como noutros domínios, as iniciativas de saúde têm, em termos teóricos e práticos, um *ciclo de vida* com diversas fases. *Grosso modo*, distingui quatro fases principais no processo de desenvolvimento das políticas, programas e actividades de saúde no local de trabalho (o mesmo é dizer, na gestão do sistema de SH&ST): (i) ideia inicial ou concepção; (ii) planeamento; (iii) implementação; e, por fim, (iv) avaliação. O envolvimento dos diferentes actores foi avaliado numa escala de 1 (Mínimo) a 5 (Máximo), que revelou ter uma boa consistência interna (*alfa de Cronbach* com um valor próximo ou superior a 0.80).

A análise das respostas à pergunta D2 vem confirmar, em larga medida, a natureza *medicocêntrica* e a abordagem *topdown* da saúde no trabalho, facto que já tinha sido posto em evidência na análise dos recursos humanos em SH&ST. De qualquer modo, nas empresas onde há *equipas de saúde* (ou, pelo menos, duas ou mais valências ou profissões, para além da medicina do trabalho) também há, em média, um maior número de actores envolvidos na gestão do sistema de SH&ST.

Torna-se difícil analisar e comparar o envolvimento dos diferentes actores no processo de desenvolvimento das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho, dado o elevado número de casos omissos, mesmo assim inferior a 20% da amostra. É de chamar, no entanto, a atenção para os seguintes factos: (i) os não-respondentes são maioritariamente do sector de serviços, ou sejam, empresas ainda sem tradição no domínio da SH&ST; (ii) é muito verosímil que se trate de empresas onde não qualquer planeamento das políticas, programas e actividades de saúde; (iii) os valores médios do envolvimento global dos diferentes actores vão de 2.5 (para os representantes dos trabalhadores) até 3.9 (para o técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho); (iv) no entanto, há um número restrito de empresas que mencionam o papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores (n=95) e do técnico de S&HT (n=104).

A haver protagonismo, ele recairá na hierarquia da empresa (administração/ direcção, e seus representantes, incluindo a direcção de pessoal e os serviços de SH&ST, com destaque para o médico do trabalho). De facto, na maior parte das empresas (> 50% dos casos), a responsabilidade pela gestão do sistema de SH&ST acaba por recair no médico do trabalho, sendo difícil distinguir entre gestão, coordenação e direcção técnica dos serviços de SH&ST. Nas empresas que responderam à pergunta D2 (n=209), o Médico do Trabalho (MT) aparece quase sempre associado à Administração/Direcção (81%) ou à Direcção de Recursos Humanos (73%) ou a ambas (69%). A figura do MT com um papel minimamente activo (87%) surge, muito destacada, à frente do Técnico ou Especialista de S&HT (50%).

Em contrapartida a figura do representante dos trabalhadores, com um papel minimamente activo, só é referido por 45% dos respondentes. A sua associação com a Administração

/Direcção ou com o Médico do Trabalho só surge em 43% e 41% dos casos, respectivamente.

De acordo com o modelo de análise RML, apresentada no *Quadro V.20*, a existência de representantes dos trabalhadores com um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST é mais provável ocorrer em empresas em que há: (i) representantes eleitos para a SH&ST; (ii) comissão (paritária) de SH&ST; (iii) delegado/comissão sindical; (iv) comissão de trabalhadores; e, por fim, (v) reuniões com as chefias directas.

Em contrapartida, neste modelo as formas de participação directa (v.g., boletim/jornal de empresa, programas de ideias/sugestões, grupos de discussão e melhoria, reuniões gerais com a administração/direcção, círculos de qualidade), com exclusão das reuniões com as chefias directas, não permitem prever um papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores na concepção, planeamento, implementação e avaliação das políticas, programas e actividades de saúde.

Quadro V 20 – Análise de factores preditivos do papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST (n=209)

Variável independente	Categoria (e frequência)		p	% valor	Adj. OR *	IC 95% (Adj. OD) **
	1=Sim	0=Não				
Representante eleito para a SH&ST	35	174	< .001	74.2	3.0	1.1 – 8.1
Comissão de SH&ST	83	126			3.1	1.5 – 6.4
Delegado/comissão sindical	36	173			3.1	1.1 – 8.2
Comissão de trabalhadores	43	166			5.2	1.9 – 14.1
Reuniões c/ as chefias directas	91	118			2.4	1.1 – 5.0
Reuniões gerais c/ a administração/direcção	51	158			.7	3 – 1.7
Boletim/Jornal de empresa	50	159			1.4	6 – 3.2
Grupos de discussão e melhora	35	174			.9	4 – 2.7
Programa de ideias e sugestões	38	171			2.4	9 – 6.1

\* Adjusted Odds Ratio    \*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD

De qualquer modo, o modelo permite explicar cerca de 74% do fenómeno em estudo, para um nível de significância de  $p < .001$ . Estes resultados parecem vir justificar os receios dos sindicatos segundo os quais as formas directas e as formas representacionais seriam disjuntivas, não garantindo as primeiras uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST.

O que acontece no nosso país é que as formas de participação directas são direccionadas fundamentalmente para a esfera da produção: é o caso das equipas de trabalho, dos círculos de qualidade e dos programas de ideias e sugestões, no âmbito por exemplo do *Total Quality Management* (Graça, 1999c). Não há, por outro lado, experimentação de formas, em uso noutros países, tais como os círculos de saúde e os círculos de segurança no trabalho (Kuhn, 1992; Johannes, 1993; Schröer e Sochert, s/d; Beermann *et al.*, 1999; Kompier e Cooper, 1999a).

Tendo em conta a fase do ciclo de vida dos projectos, constata-se que os profissionais de SH&ST (médico do trabalho, técnico de S&HT, equipa de saúde, consultor externo) têm sobretudo maior envolvimento na fase III (Implementação). Pelo contrário, a hierarquia da empresa (administração / direcção e director de pessoal) tende a envolver-se mais na fase inicial dos projectos. Independentemente de uns e outros, onde o envolvimento é mais fraco é justamente na fase de planeamento.

De acordo com estudo da Fundação Europeia, já aqui citado por várias vezes (Wynne e Clarkin, 1992), no conjunto dos sete países comunitários a presença da administração/direcção ao longo do ciclo de vida destas actividades e programas (ideia inicial, planeamento, implementação e avaliação) tendia a ser claramente superior aos dos restantes sectores, situando-se entre os 60% e os 80%. Por seu turno, a presença dos representantes dos trabalhadores situava-se entre os 40% e os 60%. O nível de participação (informação, consulta, negociação & decisão, e principal responsabilidade) variava de país para país, mas de um modo geral podia dizer-se que o nível de participação dos representantes dos trabalhadores era mais fraco (informação/consulta) do que o nível de participação dos representantes da hierarquia da empresa (negociação & decisão/principal responsabilidade).

### **5.9.2. Envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação**

As respostas à pergunta D3 vêm reforçar esta ideia, ao confirmarem o baixo nível de participação dos trabalhadores (e/ou seus representantes) em duas fases cruciais de qualquer projecto de desenvolvimento sócio-organizacional: o planeamento (P) e a implementação (I).

O que se passa nas nossas empresas, nesta esfera de acção, não será muito diferente do que ocorre noutras áreas: a resolução de problemas e a tomada de decisão constituem por essência, uma prerrogativa dos gestores, qualquer que seja o seu nível organizacional. O papel dos trabalhadores é mais o de figurantes (papel secundário e passivo) do que o de actores (papel principal e activo).

Mais uma vez estes resultados não são surpreendentes: o atrás citado *Second European Survey on Working Conditions*, realizado em 1995 pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho veio confirmar que Portugal, de acordo com a percepção dos próprios trabalhadores portugueses, estava então na cauda dos 15 Estados-membros da UE no que dizia respeito às *oportunidades de participação e consulta* dos trabalhadores nas mudanças relativas às condições e à organização do trabalho (Paoli, 1997). Enquanto 51% dos trabalhadores europeus eram *consultados* sobre as mudanças operadas ou a operar na organização do trabalho e/ou nas condições de trabalho, em Portugal, essa proporção baixava para os 31% (contra os 68% na Finlândia ou na Holanda, por exemplo).

Em países mais próximos de Portugal, pela geografia, a cultura, a língua, a história ou o desenvolvimento económico, registavam-se percentagens mais elevadas de participação: por ex., Espanha (34%), Grécia (38%), França (46%), Irlanda (51%), Itália (54%).

Estes resultados sugerem, por outro lado, que o conceito de *participação* (i) não é necessariamente entendido da mesma maneira por todos empregadores e seus representantes; que (ii) as práticas dos actores sociais do trabalho não mudam automaticamente por decreto; e que, por fim, (iii) não bastam as garantias do legislador, incluindo as do Código do Trabalho (art. 275º), para que se efective o direito à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no sistema de gestão da SH&ST. Poderia ainda especular-se sobre o “modelo de gestão português” e a tradicional relutância dos nossos gestores de topo em descentralizarem o processo de resolução de problemas e tomada de decisão (Ad Capital International Search Portugal, 2002).

Estamos, de resto, num domínio marcado por uma certa conflitualidade teórico-ideológica – já claramente perceptível na própria Directiva 89/391/CEE ao falar de “participação equilibrada de acordo com as *legislações e/ou práticas nacionais*” (sic) – e onde será sempre difícil fazer doutrina, para usar uma expressão cara à jurisprudência (Graça, 1993).

### 5.9.3. Factores condicionantes do desenvolvimento das políticas

Muito sumariamente, pode dizer-se que os três principais motivos ou razões que levam as empresas portuguesas a investir no domínio da saúde, bem-estar e segurança do seu pessoal são, por ordem de frequência, (i) o *absentismo em geral* (69%); (ii) a *produtividade, qualidade e/ou competitividade* (62%), e (iii) a *filosofia de gestão ou cultura organizacional* (45%). Os dois primeiros são de sinal negativo e o último de sinal positivo.

Quanto aos três principais obstáculos que se põem, em geral, ao desenvolvimento das iniciativas de saúde, eles seriam os seguintes, na percepção dos respondentes: (i) a *falta de empenho dos trabalhadores* (42%); (ii) a *falta de tempo* (40%); e (iii) os *problemas de articulação/comunicação* (34%). São claramente factores endógenos que estão sob a área de jurisdição dos gestores, do topo à base, e sobre os quais é pressuposto terem controlo (por ex., reforçando a motivação dos trabalhadores; gerindo melhor o tempo; ou identificando e resolvendo as falhas de comunicação).

Embora mais referida pela gestão de topo do que pela gestão intermédia ( $p < .05$ ), a *falta de empenho do pessoal* como obstáculo parece ser uma resposta estereotipada, independente do grau de integração do sistema de gestão da SH&ST, do nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, do estilo de gestão ou da modalidade de serviços de SH&ST.

Por fim, (i) o *empenho das estruturas hierárquicas* (61%); (ii) a *cultura organizacional propícia* (50%); e (iii) o *sentido de responsabilidade social* (43%) surgem, destacadamente, como os três principais factores facilitadores do desenvolvimento da política de saúde no trabalho. Também estes factores são de natureza endógena.

O empenho da hierarquia da empresa (e em especial da administração/direcção), como factor facilitador, é independente do cargo ou função do respondente, do grau de integração do sistema de gestão da SH&ST, do nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, bem como de variáveis de caracterização como, por ex., a dimensão da empresa ou o sector de actividade.



Uma sumária comparação destes resultados com os do inquérito levado a cabo pela Fundação Europeia (Wynne e Clarkin, 1992), mostra-nos algumas diferenças e semelhanças no que respeita aos factores que condicionam o desenvolvimento das políticas de saúde nos nossos locais de trabalho (*Quadro V.21*).

Quadro V.21 — Comparação dos principais factores condicionantes do desenvolvimento das políticas de saúde na amostra europeia (1991) e na amostra portuguesa (1997/98)

Amostra	Principal 'prompting factor'
Portugal (1997/98)	✓ Absentismo em geral
	✓ Produtividade/Qualidade/Competitividade
	✓ Filosofia de gestão/Cultura da empresa
CEE-7 (1991)	✓ Legislação
	✓ Moral do pessoal / clima organizacional
	✓ Problemas de saúde dos trabalhadores
	Principal obstáculo
Portugal (1997/98)	✓ Falta de empenho do pessoal
	✓ Falta de tempo
	✓ Problemas de articulação/comunicação
CEE-7 (1991)	✓ Falta de recursos financeiros
	✓ Falta de instalações adequadas
	✓ Falta de empenho do pessoal
	Principal factor facilitador
Portugal (1997)	✓ Empenho da estrutura hierárquica
	✓ Cultura organizacional propícia
	✓ Sentido de responsabilidade social
CEE-7 (1991)	✓ Cultura organizacional
	✓ Política de saúde escrita ou explícita
	✓ Visão e motivação de pessoas-chaves na empresa

Os problemas da produtividade, qualidade e competitividade são hoje mais prementes do que no início da década de 1990, daí que não surgissem à cabeça dos *principais motivos ou razões* que levavam as empresas europeias a tomar iniciativas no domínio da saúde; pelo contrário, a amostra dos 7 da CEE apontava como principal *prompting factor* o cumprimento da legislação (nacional e comunitária) sobre SH&ST.

Para as empresas europeias, em 1991, o principal obstáculo para investir na saúde dos trabalhadores era então sobretudo de natureza *financeira e logística*; só em terceiro lugar é que era referida a *falta de empenho do pessoal*, curiosamente em Portugal, e em 1997/98, o principal problema que as empresas enfrentariam, para pôr em prática as suas políticas de saúde, teria justamente a ver com aqueles que, em princípio, são os principais beneficiários das iniciativas de saúde: (i) os trabalhadores não se mostrariam tão interessados, motivados e colaboradores quanto seria de esperar; além disso, (ii) as nossas empresas queixavam-se da falta de tempo.

Finalmente, tanto em 1991 como hoje, em Portugal ou em qualquer outro lugar, parece que a política de saúde no trabalho casa-se bem com uma *cultura organizacional* que enfatiza a importância das pessoas e do seu desenvolvimento e que valoriza o seu contributo e

participação no sucesso da empresa. Outro factor facilitador é a *existência de pessoas-chaves*, a todos os níveis (desde o Director-Geral ao médico do trabalho, do representante dos trabalhadores ao director de pessoal) que vêem e agarram as oportunidades de inovação e de desenvolvimento de uma nova área de valor acrescentado para a empresa como é esta, a da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

Como muito bem sublinham Wynne e Clarkin (1992:125), baseados sobretudo nos estudos de caso realizados por Hauss (1992) em multinacionais, europeias e americanas, presentes na então CEE, "though much of the evidence from multinationals suggest a range of 'rational' reasons for their health activities, the role of motivated and powerful personnel in key positions should not be underestimated. In many of the companies examined, the presence of energetic and visionary members of staff who have grasped the opportunities available for health activity was notable. These individuals were located at many points throughout the company, ranging from head office to plant level. It was notable that even in companies with strong overt health policies that the implementation of these at plant level depend on the presence of motivated and committed individuals".

De um modo geral, as empresas portuguesas referem *múltiplos* motivos ou razões (*prompting factors*) para desenvolver programas e actividades de saúde no local de trabalho. Muitos desses *prompting factors* não têm nada a ver, directamente, com a *saúde* dos trabalhadores (por ex., cumprimento das obrigações legais do empregador em matéria de SH&ST, produtividade, qualidade e/ou competitividade, prestígio ou imagem externa da empresa). No entanto, quase todos os respondentes reconhecem receber (ou ter recebido) *benefícios* económicos e/ou sociais, em resultado das suas políticas, programas ou actividades de saúde.

#### 5.9.4. Discrepância entre 'prompting factors' (D1) e principais benefícios (D6)

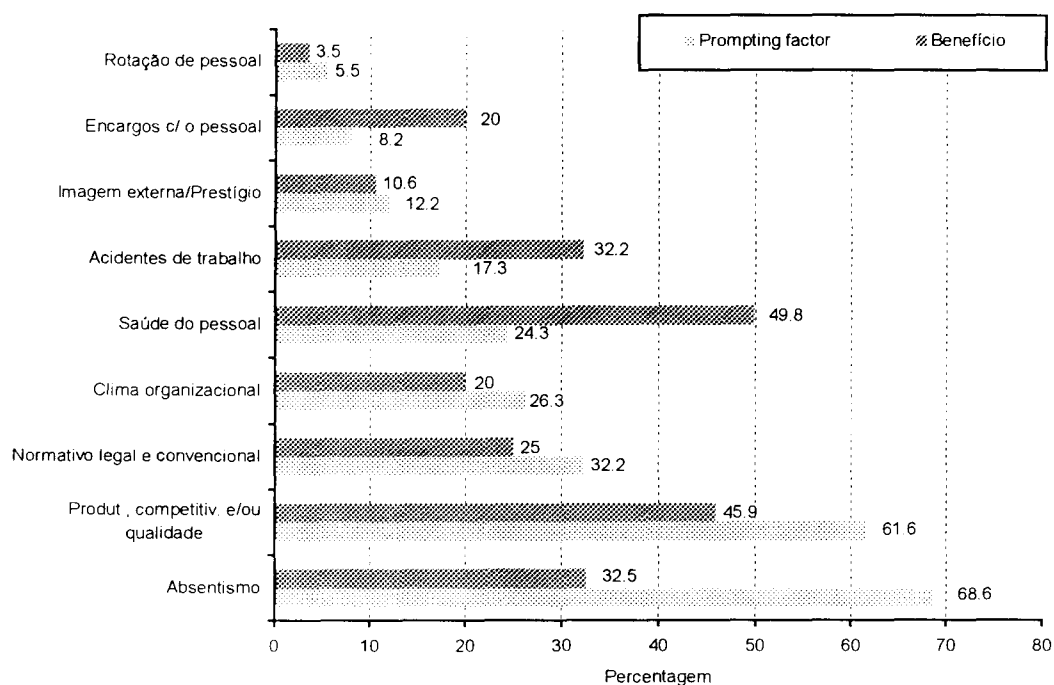
Quando se comparam os itens que são referidos como principais *prompting factors* (1) e, simultaneamente, como *principais benefícios* (2) (*Quadro V.22 e Figura V.4*), verifica-se que uns (1) e outros (2) não aparecem pela mesma ordem, como seria de esperar em termos ideais. Há, além disso, nalguns casos acentuadas discrepâncias entre as suas frequências relativas (1-2), o que se pode interpretar como um indicador de *incongruência*, quando essa discrepância tem um valor positivo.

Por exemplo, a *melhoria explícita da saúde* é referida como *prompting factor* apenas por uma em cada quatro empresas e como *benefício* por metade dos respondentes. Isso significa que há um índice de incongruência bastante grande (+25%), que pode ser interpretado da seguinte maneira: (i) as iniciativas visando, em menor ou menor grau, a saúde dos trabalhadores, terão um *impacto efectivo na saúde* desses mesmos trabalhadores (segundo 50% dos respondentes); (ii) em contrapartida, a preocupação com a *melhoria explícita da saúde* dos trabalhadores está longe de constituir um motivo ou problema importante para levar a cabo esse tipo de iniciativas (apenas um quarto dos respondentes a referem como *prompting factor* e desses apenas 60% conseguiram o benefício da melhoria da saúde) ( $p < .05$ )

O mesmo se pode dizer dos acidentes de trabalho ( $p = .001$ ). Quanto à *redução dos custos de pessoal*, o respectivo índice de incongruência também é relativamente alto (+14%): Apenas

8% dos respondentes referem os *custos com a protecção social complementar* (complementos de subsídio de doença, prémios de seguros de acidentes e de saúde, etc.) ou outros encargos indirectos com o pessoal, como um *prompting factor*; Em contrapartida, a *redução dos custos de pessoal* é reportada por 22% dos respondentes como um benefício das actividades de saúde.

Figura V,4 - Benefícios e 'prompting factors' (n=255) (%)



Noutras áreas de problemas a discrepância (2-1) tem um valor negativo, ou seja, nem todas as empresas obtiveram os benefícios que pretendiam ao desenvolver programas e actividades de saúde no local de trabalho. É o caso nomeadamente de: (i) *redução do absentismo* (-36%); (ii) *melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade* (-16%); (iii) *cumprimento do normativo legal e convencional* (-7%); (iv) *melhoria do clima organizacional* (-6%); (v) *redução da rotação de pessoal* (-2%); (vi) ou até da *melhoria da imagem externa* (-2%).

Refira-se, por fim, a *filosofia de gestão/cultura da empresa* como *prompting factor*: 45% dos respondentes assinalaram este item como uma das três principais razões para implementar as actividades de saúde. Qual será o correspondente benefício? Em rigor, é difícil dizê-lo. Eu próprio não previ nenhum benefício em especial na lista das hipotéticas respostas à Pergunta D6. De qualquer modo, poder-se-á associar este *prompting factor* a benefícios como: (i) a *melhoria do ambiente* (físico e/ou psicossocial) *de trabalho* (assinalado por 44% dos respondentes); (ii) o *reforço da motivação e satisfação* no trabalho (31%); (iii) a *melhoria do nível de participação* (11%), ou até mesmo (iv) a *melhoria das relações colectivas de trabalho* (9%), com reflexos seguramente na *melhoria do clima organizacional* (20%).

Quadro V.22 – Discrepância entre os principais 'prompting factors' e benefícios (n=254)(%)

Factor	Referido como 'prompting factor' (1)	Referido como benefício (2)	Discrepância (2-1)
Absentismo com e/ou sem incapacidade	68.6	32.5	- 36.1
Melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade	61.6	45.9	- 15.7
Cumprimento do normativo legal e convencional	32.2	25.0	- 7.2
Melhoria do clima organizacional	26.3	20.0	- 6.3
Melhoria da saúde dos trabalhadores	24.3	49.8	+ 25.5
Redução dos acidentes de trabalho	17.3	32.2	+ 14.9
Melhoria da imagem externa/Prestígio	12.2	10.6	- 1.6
Redução dos custos de pessoal (incluindo prémios de seguros)	8.2	22.0	+ 13.8
Diminuição da rotação (ou saída) de pessoal	5.5	3.5	- 2.0

### 5.10. Custos e benefícios

A pergunta E4 destinava-se a apurar indicadores que nos permitissem avaliar o esforço financeiro despendido pela empresa (ou estabelecimento) com a saúde dos seus colaboradores. Tenho de reconhecer que os dados solicitados eram de alguma delicadeza e complexidade: mesmo que todos os itens fossem detalhados, tornava-se difícil, no âmbito de um inquérito por questionário postal, satisfazer este tipo de pedido em tempo útil. Acontece que nem mesmo o director financeiro, naquelas empresas em que ele existe, é capaz de dispor de toda esta informação. A razão é simples: as empresas portuguesas não estavam na época (1997/98) nem estão ainda hoje preparadas para prestar contas do seu desempenho global em matéria de protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores (Graça, 2003).

Além disso, não era de esperar que houvesse critérios contabilísticos uniformes, mesmo no âmbito do Plano Oficial de Contas (POC) para apurar, por ex., a parte dos custos, imputados à saúde e bem-estar do pessoal, de actividades tão diversas como (i) os transportes fornecidos pela empresa; (ii) a avaliação periódica do clima organizacional; (iii) a realização de testes de alcoolémia; (iv) as auditorias ambientais; ou (v) o sistema de sinalização da SH&ST, só para citar alguns exemplos. Nem todas as empresas teriam, na altura, contabilidade analítica e, sobretudo, nem todos os respondentes estariam em condições de poder recolher e saber interpretar a informação disponível.

Por outro lado, nem todas as empresas estão organizadas por centros de custos. E mesmo que nos limitemos aos encargos com a SH&ST (ou seja, com as actividades orientadas mais tradicionalmente para a prevenção dos riscos profissionais e a protecção da saúde e a segurança dos trabalhadores) há que ter em conta as diferentes modalidades de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST. De facto, em muitos casos, o serviço de saúde/medicina do trabalho reporta directamente ao director de pessoal, enquanto o serviço de segurança e higiene do trabalho reporta a outra estrutura (por ex., director técnico do estabelecimento), o que dificulta a avaliação de desempenho da SH&ST (Graça, 1999c).

Por fim, houve várias empresas que vieram lembrar, em observações, que (i) este tipo de dados são confidenciais; ou que, para que a resposta fosse válida e fiável, (ii) a pergunta teria que ser muito mais específica e detalhada.

Apesar destas dificuldades, pode concluir-se que as empresas portuguesas, nomeadamente as de maior dimensão, não se afastam muito das empresas de outros países (v.g., Japão, Estados Unidos da América), ao despendem entre 4% a 5% dos custos de pessoal na protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores, mas a maioria dos encargos deve ir para o prémio de seguro de acidentes de trabalho (cerca de 2%) e para a protecção na doença e na doença profissional (2.1%). É muito provável que uma parte das empresas não tenha incluído estas rubricas no cálculo dos custos (directos) com a saúde (incluindo a SH&ST).

Os resultados relativos às despesas mais directamente relacionadas com a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST são decepcionantes, mas estão dentro do que seria de esperar. De facto, só uns escassos 20% dos poucos respondentes a esta questão (n=79) despende 1% ou mais da massa salarial, por trabalhador, com os encargos relativos ao sistema de gestão da SH&ST. Admito, no entanto, que estes valores estejam sub-reportados por não incluírem os encargos com os seguros e com a segurança social (protecção na doença e na doença profissional).

Em suma, as empresas portuguesas não fazem (nem podem fazer) análises de custo/benefício. Muitas delas não sabem sequer qual é o montante dos seus encargos com a SH&ST; não sabem ou não querem responder, o que não deixa de ser, no mínimo, curioso.

Mesmo não sabendo (ou não querendo) fazer contas, as empresas esperariam mais do seu investimento no domínio da SH&ST: de facto, a *redução do absentismo* (com e/ou sem incapacidade) e a *melhoria da produtividade, competitividade e/ou qualidade* seriam os dois principais motivos ou razões das iniciativas de saúde, referidos por 69% e 61% dos respondentes, respectivamente; tanto uma (*redução do absentismo*) como outra (*melhoria da produtividade, competitividade e/ou qualidade*) só são em parte conseguidas, havendo uma discrepância de -36% e -15%, respectivamente.

De um modo geral, há um certo equilíbrio nas respostas à pergunta sobre os benefícios das políticas de saúde:  $\frac{3}{4}$  das empresas tendem a valorizar tanto os benefícios de natureza económica como social. Em todo o caso, os *benefícios económicos* são aqueles que são mais facilmente observáveis e mensuráveis (por ex., redução do número de acidentes, redução do absentismo). São também aqueles que porventura tendem a ser mais imediata e espontaneamente reportados pela gestão. Os *benefícios sociais*, por seu turno, são mais de natureza qualitativa ou imaterial mas não deixam de ter reflexo no desempenho da empresa e na produtividade do trabalho: é o caso, por exemplo, da melhoria da saúde e das condições de trabalho.

### 5.11. Perspectivas futuras

A leitura dos resultados relativos às perguntas sobre a prioridade atribuída ou atribuir no futuro à saúde dos colaboradores (pergunta E1, E2 e E3) tem de ser feita com alguma cautela (Ghiglione e Matalon, 1993; Graça, 1997c).

Em primeiro lugar, nenhum dos respondentes (incluindo os que têm funções de gestão a nível de topo) terá toda a *informação necessária* para fazer uma apreciação rigorosa da importância atribuída ou a atribuir pela sua empresa, vista como um todo, à saúde dos seus colaboradores; em segundo lugar, a pergunta não é factual mas de *auto percepção*, podendo a resposta em larga medida ser *enviesada* não só pelo quadro de referência de cada respondente (por ex., conceito de saúde, factores que a determinam, estratégia e prioridades da empresa, custos e benefícios da saúde, responsabilidade legal e social do empregador) como até pela preocupação defensiva em relação ao prestígio e à imagem externa da empresa, já que o questionário, embora confidencial, não era anónimo; e por fim a prioridade atribuída ou a atribuir à saúde só pode ser medida em termos relativos, ou seja, por comparação com outros objectivos de gestão (por ex., a qualidade, a produtividade, a satisfação do cliente, a protecção ambiental).

Neste sentido, é possível que também haja aqui a tradicional proporção de 10 a 15% de *yes-sayers*. Em rigor, estamos no domínio das *atitudes*, pelo que cada resposta reflecte, até certo ponto, uma opinião individualizada, a do gestor A, B ou C. Mas nem por isso menos significativa: não é uma mera opinião pessoal, é um ponto de vista institucional ou organizacional, dado através de um dos representantes qualificados da hierarquia da empresa (ou estabelecimento). Aliás, não temos outra maneira de pôr as organizações a falar. É óbvio que nos falta a percepção de outros *stakeholders*, e em particular a dos trabalhadores e/ou seus representantes.

Dito isto, constata-se que a atitude das empresas portuguesas, seis a sete anos depois da realização do estudo da Fundação Europeia (Wynne e Clarkin, 1992), não se afastava muito dos valores médios europeus: 53% das nossas empresas (contra 56% nas dos setes países da então CEE) atribuía uma prioridade *média ou baixa* à saúde no trabalho, não obstante o *aggiornamento* da nossa legislação e regulamentação no domínio da SH&ST e alguma euforia provocada pela celebração do Ano Europeu para a SH&ST em 1992 (Graça e Faria, 1993).

Na sua generalidade, os resultados aqui discutidos põem em evidência a fraqueza metodológica de grande parte das iniciativas de saúde, realizadas na década de 1990 (ou ainda hoje em curso). Muitas delas seriam *medidas avulsas*, que se inserem na gestão corrente das nossas empresas, e que dificilmente poderão ser tomadas como expressão de uma *política de saúde no local de trabalho*, definida e assumida pela gestão de topo, socialmente concertada, coerente, baseada na avaliação de necessidades e expectativas de saúde dos trabalhadores, divulgada, conhecida e partilhada por todos, contingencial, flexível e integrada, orientada por custos e resultados.

## Capítulo VI – Conclusões e recomendações

1. Os principais objectivos deste projecto de investigação eram os seguintes: (i) identificar e caracterizar as políticas, programas e actividades de saúde nos locais de trabalho, em termos da sua frequência, natureza e índice de saúde; (ii) distinguir as empresas em função do grau de integração do seu sistema de gestão da SH&ST; (iii) conhecer as razões que levavam as empresas a investir na área da protecção e promoção da saúde; (iv) identificar obstáculos e factores facilitadores da acção neste domínio; e ainda (v) avaliar sumariamente, em termos de custos e benefícios, as políticas de saúde no local de trabalho.

Por políticas, programas e actividades de saúde no trabalho entende-se todo o tipo de iniciativas que, directa ou indirectamente, visem (i) a prevenção dos riscos profissionais e (ii) a promoção da saúde dos trabalhadores.

Foi construída uma tipologia com cinco grupos principais de políticas, programas e actividades: A (Higiene & Segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho); B (Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde); C (Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis); D (Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho); E (Actividades e programas sociais e de bem-estar). Havia uma lista de mais de 60 actividades, correspondendo a um índice de realização de 100%.

Optou-se por um estudo não experimental, descritivo e transversal, baseado na técnica do inquérito por questionário postal, personalizado, dirigido ao representante máximo da empresa. Procurou-se responder às clássicas questões que estão subjacentes a qualquer inquérito sociológico: (i) quem faz (ii) o quê, (iii) como, (iv) quando, (v) porquê e (vi) com que resultados.

O questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* foi concebido e desenhado para ser auto-administrado, ou seja, aplicado através de *mailing* directo. Foram efectuados dois *mailings*, com *follow-up* telefónico de cerca de 10% da amostra do 1º *mailing*. O trabalho de campo decorreu entre a primavera de 1997 e o verão de 1998. O questionário tinha cinco secções num total de 38 perguntas: (i) caracterização da empresa (ou estabelecimento); (ii) sistema de gestão da SH&ST; (iii) políticas, programas e actividades de saúde; (iv) planeamento, implementação e avaliação das actividades; e (v) planos e prioridades.

A hipótese de investigação principal é a seguinte: as empresas com um sistema integrado de gestão da SH&ST são também as empresas com um (i) maior número de políticas, programas e actividades de saúde (H1); (ii) maior índice de saúde (H2); (iii) maior índice de realização (H3); e (iv) maior índice de SH&ST (percentagem dos encargos com a saúde e segurança no trabalho no total da massa salarial) (H4).

Secundariamente, as empresas com um sistema integrado de gestão da SH&ST são também as que têm um mais elevado grau de modernização do seu sistema técnico e organizacional de trabalho (H5). A integração do sistema de gestão da SH&ST é independente da dimensão

da empresa (H6), da pertença à *Lista da Exame 500/97* (H7), da certificação da qualidade (H8) e da modalidade de serviços de SH&ST (H9).

2. A amostra deste inquérito sociológico é constituída por 259 respondentes, representando cerca de 300 empresas. A taxa de resposta aproximou-se dos 20%, o que é aceitável por comparação com outros estudos congéneres, a nível nacional ou internacional. O peso económico e social dos respondentes é considerável, face a indicadores como (i) o volume de emprego, (ii) o volume de vendas líquidas, (iii) o montante do capital social, (iv) o montante da massa salarial bem como (v) o Valor Acrescentado Bruto, equivalente a mais de 8% do PIB nominal. Além disso, 45% dos respondentes constavam da (vi) lista das *Maiores e Melhores da Exame 500/97*.

Trata-se de uma boa amostra do universo das nossas duas mil maiores empresas, a avaliar pelas comparações feitas com fontes de informação administrativa, além da lista da *Exame 500/97*: (i) Ficheiro da Dun & Bradstreet (B&D); (ii) Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos (FCEE); (iii) Quadros de Pessoal; e (iv) Balanço Social. No essencial, a amostra e a população só diferem quanto à dimensão e à região (NUT II). As GE ( $\geq 250$  trabalhadores) e as empresas com sede na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) estão sobrerrepresentadas.

A elevada percentagem, entre os respondentes, de gestores de topo e de nível intermédio (quase 90%), dá não só (i) uma indicação do grau de *empenhamento* que foi posto na resposta ao questionário, como inclusive constitui (ii) uma certa *garantia* de que as respostas reflectem o ponto de vista da administração/direcção da empresa ou, pelo menos, da linha hierárquica e não propriamente o ponto de vista do *staff* (e, muito em particular, dos médicos do trabalho e demais profissionais de SH&ST).

Estima-se que cerca de um terço da população trabalhadora, abrangida por este estudo, fosse sindicalizada. Todavia, a taxa de sindicalização era igual a zero ou desconhecida em mais de 40% dos casos. Em relação a outras características sociodemográficas (v.g., sexo, idade e escolaridade dos trabalhadores), elas não se afastavam muito das tendências encontradas nas duas mil maiores empresas abrangidas pelo Balanço Social. Menos de 20% das empresas tinham comissão de trabalhadores. Mais de um terço teria comissão (paritária) de SH&ST, mas em contrapartida apenas 16% referem a existência de representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST.

Uma das conclusões do estudo aponta para um nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho relativamente baixo se tivermos em linha de conta que estamos a falar das nossas maiores e melhores empresas, 40% das quais tinham já certificação do seu sistema de gestão da qualidade. Em quase 60% da amostra, as formas de organização do trabalho ainda tendiam a ser fortemente *taylorizadas* (v.g., trabalho pobre e repetitivo, heterocontrolo, posto de trabalho individualizado, fraca qualificação), com maior incidência na indústria transformadora ligeira onde é maior a percentagem de mulheres e de pessoal com escolaridade inferior a 9 anos.



Nos restantes casos procurava-se conjugar a modernização tecnológica com a adopção de *novas formas de organização do trabalho* (v.g., trabalho com conteúdo rico e variado, baseado na equipa, exigindo autocontrolo e maior qualificação profissional).

Outra das conclusões a reter é o facto de a modernização ser independente dos investimentos, feitos ao longo da década de 1990, nos componentes materiais de trabalho (com objectivos de expansão, de substituição, de racionalização ou de melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular). Um dos pontos fracos, sobejamente conhecidos, das nossas empresas e da sua envolvente socioeconómica tem sido o baixo nível de melhoria das condições de trabalho, incluindo a SH&ST. Apenas uma em cada cinco empresas admitiu ter investido com o objectivo de também melhorar as condições de SH&ST.

Considerou-se sem grande relevância para este estudo (i) a certificação da qualidade e (ii) a pertença à Lista da *Exame 500/07*. De facto, um resultado que merece destaque é o facto de a certificação da qualidade ser independente da modernização do sistema de trabalho e dos investimentos feitos com o objectivo de melhorar as condições de trabalho. É a lógica de mercado, de imagem, de estratégia comercial ou de simples sobrevivência económica mas não a de desenvolvimento organizacional, planeado e sustentado, a que parece motivar as empresas a investir largas dezenas de milhares de euros no processo de certificação.

Por outro lado, a pertença à lista da *Exame 500/97* tem mais a ver com o facto de se ser *maior* do que *melhor*. Refiro-me aqui ao desempenho sócio-organizacional das empresas e não propriamente aos resultados económico-financeiros, embora os dois critérios de avaliação devam ser compatíveis e complementares.

A principal variável independente é a integração do sistema de gestão da SH&ST. Uma empresa com um sistema integrado de gestão da SH&ST é aquela que: (i) investe na melhoria das condições de trabalho; (ii) tem um sistema de gestão da qualidade, em geral certificado; (iii) tem um sistema de informação sobre o absentismo; (iv) preocupa-se com a incidência, no seus colaboradores, de estilos de vida não-saudáveis (v.g., consumo de tabaco); (v) reconhece, de maneira efectiva e concreta, o direito à participação e consulta dos trabalhadores no domínio da SH&ST; (vi) não dissocia a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores; (vii) leva a cabo iniciativas que cobrem todos os cinco tipos de políticas, programas e actividades de saúde (A, B, C, D, E). (viii) menciona explicitamente a filosofia de gestão/cultura da empresa e a melhoria explícita da saúde dos colaboradores como dos principais *prompting factors* da sua política de saúde no trabalho; (ix) envolve activamente a administração/direcção no sistema de gestão da SH&ST; (x) tem uma equipa de saúde ocupacional; (xi) consulta os trabalhadores e/ou os seus representantes nas fases de planeamento e de implementação das políticas, programas e actividades de saúde; (xii) tem uma política escrita de SH&ST e/ou um orçamento específico de SH&ST; (xiii) declara a melhoria da saúde do pessoal como um dos três principais benefícios das suas políticas, programas e actividades de saúde; (xiv) atribui muita ou bastante prioridade à saúde dos trabalhadores; e, por fim, (xv) fornece informação quantitativa sobre os custos com o pessoal, incluindo os custos com a saúde e a segurança no trabalho.

Quem são estas empresas que apresentam um índice mais elevado de integração do sistema de gestão da SH&ST ? Em geral são empresas de maior volume de emprego ( $\geq 250$ ) e/ou de maior volume de vendas ( $\geq 7.5$  milhões de contos), do sector produtivo, constantes da lista da Exame 500/97, multinacionais, viradas para a exportação, tecnologicamente mais modernas e com postos de trabalho qualificados, serviço interno de SH&ST e equipas de saúde ocupacional. Tendem, além disso, a usar as formas tanto directas como indirectas de participação dos seus trabalhadores no domínio da SH&ST. A integração do sistema de gestão da SH&ST é, por sua vez, independente das características sociodemográficas das empresas (v.g., grupo etário, género e escolaridade do pessoal).

Cerca de 95% dos respondentes já tinham Serviços de SH&ST à data da resposta ao inquérito por questionário, um resultado de resto previsível. Mais de metade (55%) tinha adoptado a modalidade de serviços internos de SH&ST. No entanto sobre este ponto poderá dizer-se que a adopção da modalidade de organização de serviços de SH&ST, ao longo da década de 1990, terá sido feita *à la carte*, situação a que não seria estranho o aumento exponencial da oferta de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST bem como a própria estratégia de alguns grupos económicos.

Os serviços de SH&ST continuavam a ser em grande parte *medicocêntricos*. O *médico do trabalho* continuava a ser a figura predominante. Dos restantes profissionais de saúde, destacava-se o pessoal de clínica geral e de enfermagem cuja existência era mais provável nas empresas de grande dimensão. Só em menos de 1/4 dos casos se podia falar da existência de *equipa de saúde ocupacional*.

Em muitas empresas continuava a persistir a tradicional separação (não só em termos orgânicos e funcionais como até espaciais) entre (i) serviços de medicina do trabalho/saúde, (ii) serviços segurança e higiene do trabalho e até (iii) serviços de medicina curativa ou (iv) outros como o serviço social ocupacional. Contudo ficam por estudar os efeitos práticos da dicotomia saúde/segurança na eficácia, eficiência e qualidade das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho.

A modalidade de serviço interna de SH&ST não é, só por si, condição suficiente para predizer um elevado grau de integração do sistema de gestão da SH&ST. Mas, por outro lado, o facto de existirem serviços de SH&ST ( $n=247$ ) nada nos dizia sobre a sua qualidade. Basta referir que só um terço das empresas com serviços de SH&ST mencionou explicitamente a política escrita e/ou o orçamento de SH&ST como factor(es) facilitador(es) da acção neste domínio. Em contrapartida os problemas de articulação/comunicação são mencionados por mais de um terço dos respondentes como obstáculo ao desenvolvimento de políticas de saúde.

A tendência é, contudo, para as empresas, independentemente da sua dimensão e sector de actividade, passarem cada vez mais a recorrer ao *outsourcing* nesta como noutras áreas funcionais (v.g., segurança e protecção de instalações, limpezas industriais, jardinagem, manutenção de máquinas e equipamentos, restauração colectiva, marketing & comunicação).

Por seu turno, o estilo de gestão tende a ser autocrático ou autoritário em mais de metade das empresas (53%): tal significa que são muito reduzidas ou mesmo inexistentes as oportunidades de participação efectiva e concreta dos trabalhadores, nomeadamente a nível do sistema de gestão da SH&ST. O número de empresas com um ou mais representantes dos trabalhadores (delegado sindical, comissão de trabalhadores e/ou representante eleito para a SH&ST) não chegava a 38%.

Para a generalidade dos respondentes, (i) os direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST tendem a limitar-se à *informação* sobre os riscos profissionais e sobre as medidas de prevenção e protecção a tomar pelo empregador; quando muito, (ii) os trabalhadores ou os seus representantes podem ser *consultados* sobre os riscos a que estão expostos e sobre as medidas a tomar pelo empregador; em contrapartida, (iii) é lhes vedada a possibilidade de, individual ou colectivamente, participarem no processo de *negociação* e *decisão* dessas medidas, e poderem assim exercer um controlo mais eficaz sobre o próprio sistema de gestão da SH&ST, incluindo a avaliação dos seus próprios riscos no trabalho.

Os resultados deste estudo parecem vir justificar os receios dos sindicatos segundo os quais as formas directas e as formas representacionais seriam disjuntivas, não garantindo as primeiras uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST. O que acontece no nosso país é que as formas de participação directas são direccionadas apenas para a esfera da produção: é o caso das equipas de trabalho ou dos programas de ideias e sugestões (formas que de resto só são referidas, uma e outra, por pouco mais de 15% das empresas). Não há, por outro lado, experimentação de formas, em uso noutros países, tais como os círculos de saúde e os círculos de segurança no trabalho.

3. No conjunto da amostra, o número total médio de políticas, programas e actividades de saúde, planeadas e implementadas nos últimos cinco anos anteriores à inquirição, andava à volta de 20. Numa escala de 0 a 1, este valor médio correspondia a um *índice de realização* de 0.33. Por sua vez, esse índice variava entre 0.46 (nas actividades de tipo A) e 0.24 (nas actividades de tipo C e D).

O índice de realização tendia a ser significativamente maior nas (i) empresas com maior nível de integração do sistema de gestão da SH&ST, mas também nas (ii) empresas multinacionais, nas (iii) empresas com um nível alto de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, nas (iv) empresas do sector produtivo, nas (v) empresas com serviços internos de SH&ST e nas (vi) empresas com equipas com duas ou mais valências, para além da medicina do trabalho.

O número médio de actividades de tipo A, B, C, D e E tendia a ser significativamente maior ( $p < .001$ ) nas empresas com maior grau de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $> 0.67$ ). Há uma correlação positiva moderada entre o número médio total de actividades e o índice médio global de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $r > .60$ ;  $p < .001$ ).

O número médio de actividades também difere muito significativamente ( $p < .001$ ) em função do perfil das equipas de saúde. As empresas que apresentam um perfil de tipo IV (existência de equipa pluridisciplinar e pluriprofissional, com quatro ou mais valências),

registam, em média, quase três vezes mais actividades do que as empresas onde só existe o médico do trabalho (perfil de tipo I).

Os exames médicos, periódicos e não-periódicos, efectuados no âmbito da medicina do trabalho, constituem de longe a actividade de saúde mais frequente nas nossas empresas. De facto, eles são assinalados por cerca de 95% dos inquiridos. Desses exames destacam-se os de vigilância periódica, abrangendo a totalidade do pessoal (67%), os quais são obrigatórios por lei.

As actividades de tipo A e B, tradicionalmente associadas à SH&ST, representam, só por si, mais de 57% do total. Os resultados, correspondentes às respostas da Secção C do questionário, apontam, para (i) a hipervalorização dos exames de medicina do trabalho; e por outro para (ii) o subaproveitamento de um vasto conjunto de actividades (nomeadamente as de tipo D e E), que são correntemente levadas a cabo pelas empresas e que nunca ou raramente são pensadas em termos de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. Poder-se-ia dar, como exemplo, a reestruturação do trabalho nocturno e por turnos; ou a alteração do *lay-out* de produção; ou a formação em gestão de recursos humanos e comportamento organizacional.

Contrariamente ao que se passava nos EUA, as actividades e programas de tipo C (Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis), ainda eram as menos frequentes entre nós (32%), a seguir aos Programas sociais e de bem-estar (E) (23%). E, sem surpresa, as intervenções organizacionais (D), eram as que apresentavam o mais baixo índice de saúde (73, sendo a base 100).

4. A haver protagonismo nesta área, ele tem de ser imputado à hierarquia da empresa (administração/ direcção, e seus representantes, incluindo a direcção de pessoal e os serviços de SH&ST, com destaque para o médico do trabalho). De facto, na maior parte das empresas, a responsabilidade pela gestão do sistema de SH&ST acaba por recair no médico do trabalho, sendo difícil distinguir entre gestão, coordenação e direcção técnica dos serviços de SH&ST.

O Médico do Trabalho aparece quase sempre associado à Administração/Direcção (81%) ou à Direcção de Recursos Humanos (73%) ou a ambas (69%). A figura do Médico do Trabalho com um papel minimamente activo (87%) surge, muito destacada, à frente do Técnico ou Especialista de S&HT (50%) ou de outros profissionais como o enfermeiro (42%).

As respostas à pergunta D3 vêm reforçar esta ideia, ao confirmarem o baixo nível de participação dos trabalhadores (e/ou seus representantes) em duas fases cruciais de qualquer projecto de desenvolvimento organizacional: o planeamento (P) e a implementação (I). O que se passa nas nossas empresas, nesta esfera de acção, não será muito diferente do que ocorre noutras áreas: a resolução de problemas e a tomada de decisão constituem por essência, uma prerrogativa dos gestores, qualquer que seja o seu nível organizacional. O papel dos trabalhadores é mais o de figurantes (papel secundário e passivo) do que o de actores (papel principal e activo).

em  
de  
que palata?

5. Muito sumariamente, pode dizer-se que os três principais motivos ou razões que levam as empresas portuguesas a investir na protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores são, por ordem de frequência, (i) o absentismo em geral (69%); (ii) a produtividade, qualidade e/ou competitividade (62%), e (iii) a filosofia de gestão ou cultura organizacional (45%). Os dois primeiros são de sinal negativo e o último de sinal positivo.

Quanto aos três principais obstáculos que se põem, em geral, ao desenvolvimento das iniciativas de saúde, eles seriam os seguintes, na percepção dos respondentes: (i) a falta de empenho dos trabalhadores (42%); (ii) a falta de tempo (40%); e (iii) os problemas de articulação/comunicação (34%). São claramente factores endógenos que estão sob a área de jurisdição dos gestores, do topo à base, e sobre os quais é pressuposto terem controlo (por ex., reforçando a motivação dos trabalhadores; gerindo melhor o tempo; ou identificando e resolvendo as falhas de comunicação).

Embora mais referida pela gestão de topo do que pela gestão intermédia, a falta de empenho do pessoal como obstáculo parece ser uma resposta estereotipada, independente do grau de integração do sistema de gestão da SH&ST, do nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, do estilo de gestão ou da modalidade de serviços de SH&ST.

Por fim, (i) o empenho das estruturas hierárquicas (61%); (ii) a cultura organizacional propícia (50%); e (iii) o sentido de responsabilidade social (43%) surgem, destacadamente, como os três principais factores facilitadores do desenvolvimento da política de saúde no trabalho. Também estes factores são de natureza endógena.

O empenho da hierarquia da empresa (e em especial da administração/direcção), como factor facilitador, é independente do cargo ou função do representante da empresa, do grau de integração do sistema de gestão da SH&ST, do nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho, bem como de variáveis de caracterização como, por ex., a dimensão da empresa ou o sector de actividade.

Finalmente, os resultados deste estudo sugerem que em Portugal como noutros sítios a política de saúde no trabalho casa-se bem com uma cultura organizacional que enfatiza a importância das pessoas e do seu desenvolvimento e que valoriza o seu contributo e participação no sucesso da empresa. Faltam-nos estudos de caso para conhecer melhor a importância de outro factor facilitador que é a existência de pessoas-chaves, a todos os níveis da organização (desde o Director-Geral ao médico do trabalho, do representante dos trabalhadores ao director de pessoal) que vêem e agarram as oportunidades de inovação e de desenvolvimento de uma nova área de valor acrescentado para a empresa como é esta, a da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

6. Outra conclusão que se pode tirar é que as empresas portuguesas não estavam (nem estarão ainda hoje) preparadas para prestar contas do seu desempenho global em matéria de protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores. Por um lado, muitas delas não estarão organizadas por centros de custos. Por outro lado, as estruturas e processos organizacionais em vigor dificultam a avaliação de desempenho da SH&ST. Mesmo que nos limitemos aos encargos com a SH&ST (ou seja, com as actividades orientadas mais tradicionalmente para a prevenção dos riscos profissionais) há que ter em conta as diferentes

modalidades de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST. De facto, em muitos casos, o serviço de saúde/medicina do trabalho reporta directamente ao director de pessoal, enquanto o serviço de segurança e higiene do trabalho reporta a outra estrutura (por ex., director técnico do estabelecimento). Há problemas de articulação/comunicação não só entre as duas áreas como entre estas e o resto da empresa.

Apesar destas dificuldades, pode concluir-se que as empresas portuguesas, nomeadamente as de maior dimensão, não se afastam muito das empresas de outros países (v.g., Japão, Estados Unidos da América), ao despendem entre 4% a 5% dos custos de pessoal na protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores, mas a maioria dos encargos deve ir para o prémio de seguro de acidentes de trabalho (cerca de 2%) e para a protecção na doença e na doença profissional (2.1%). É muito provável que uma parte das empresas não tenha incluído estas rubricas no cálculo dos custos (directos) com a saúde (incluindo a SH&ST).

Os resultados relativos às despesas mais directamente relacionadas com a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST são decepcionantes, mas estão dentro do que seria de esperar, tendo em conta os dados do Balanço Social. De facto, só uns escassos 20% dos poucos respondentes a esta questão despende 1% ou mais da massa salarial, por trabalhador, com os encargos relativos ao sistema de gestão da SH&ST. Admito, no entanto, que estes valores estejam sub-reportados por não incluírem os encargos com os seguros e com a segurança social (protecção na doença e na doença profissional).

Mesmo não sabendo (ou não querendo) fazer contas, as empresas esperaríamos mais do seu investimento no domínio da SH&ST: de facto, (i) a redução do absentismo (com e/ou sem incapacidade) e (ii) a melhoria da produtividade, competitividade e/ou qualidade seriam os dois principais motivos ou razões das iniciativas de saúde, referidos por 69% e 61% dos respondentes, respectivamente; tanto uma (redução do absentismo) como outra (melhoria da produtividade, competitividade e/ou qualidade) só são em parte conseguidas, havendo uma discrepância de -36% e -15%, respectivamente.

Na sua generalidade, os resultados aqui discutidos põem em evidência a fraqueza metodológica de grande parte das iniciativas de saúde, realizadas na década de 1990. Muitas delas seriam medidas avulsas, que se inserem na gestão corrente das nossas empresas, e que dificilmente poderão ser tomadas como expressão de uma política de saúde no local de trabalho, definida e assumida pela gestão de topo, socialmente concertada, coerente, baseada na avaliação de necessidades e expectativas de saúde dos trabalhadores, divulgada, conhecida e partilhada por todos, contingencial, flexível e integrada, orientada por custos e resultados.

7. Todos os diferentes *stakeholders* da protecção e promoção da saúde no trabalho (v.g., empregadores, gestores, trabalhadores e seus representantes, médicos do trabalho e outros profissionais de SH&ST, autoridades de saúde, administração do trabalho, SNS, segurança social, seguradoras, sociedade civil, economia portuguesa) têm a ganhar com a reorientação dos serviços de SH&ST. No futuro teremos que ouvir falar mais de sistemas integrados de gestão da SH&ST do que propriamente em serviços de SH&ST. Como principal recomendação para o desenvolvimento estratégico da área da protecção e promoção da saúde no trabalho, defendo a construção e a operacionalização de grelhas para avaliação de

exemplos de boas práticas e para a sua divulgação numa perspectiva de *benchmarking*. Eis alguns dos principais tópicos a desenvolver:

*A. Estratégia e Política de Saúde da Empresa:*

(i) A saúde faz parte integrante da filosofia de gestão e da cultura da empresa (por ex., consta da definição da missão, dos valores e dos objectivos organizacionais); (ii) há uma política de saúde escrita e assumida pela gestão de topo (a exemplo das demais políticas sectoriais como o ambiente, a qualidade, etc.); (iii) foram afectados os indispensáveis recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) para a execução da política de saúde; (iv) a política de saúde e segurança no trabalho tem um orçamento próprio ou está integrada num centro de custos; (v) há uma equipa de saúde e segurança no trabalho, pluridisciplinar e pluriprofissional (incluindo o médico do trabalho e outros profissionais de SH&ST); (vi) há uma boa articulação da saúde com as demais estruturas e processos da empresa (v.g., direcção de pessoal, formação, produção, qualidade, marketing);

*B. Planeamento, implementação e avaliação da política de saúde:*

(vii) há um pequeno grupo responsável pela execução da política de saúde, que inclui representantes da gestão e dos trabalhadores e que tem papéis definidos; (viii) utiliza-se a metodologia da gestão por programas ou projectos (por ex., concepção, planeamento, implementação, avaliação e acompanhamento do programa sobre os problemas do álcool no trabalho); (ix) há um plano detalhado de políticas, programas e actividades de saúde, com objectivos quantificados e exequíveis a atingir (por ex., redução em 1% do absentismo por doença); (x) o plano baseia-se na avaliação de necessidades de saúde e na exploração da informação existente (por ex., baixas por doença e acidente, fichas clínicas); (xi) o plano também tem em conta a opinião dos trabalhadores (v.g., necessidades sentidas, expectativas e preferências em matéria de educação para a saúde); (xii) há um bom plano de marketing e comunicação de modo a envolver todos os sectores da empresa nas várias fases do processo (por ex., boletim/jornal da empresa, *intranet* e *internet*, *posters*); (xiii) as políticas, programas e actividades de saúde são avaliadas e corrigidas periodicamente, com o envolvimento da gestão de topo e representantes do pessoal; (xiv) há formação em SH&ST envolvendo todo o pessoal (por ex., legislação, riscos profissionais, prestação de primeiros socorros, avaliação das condições de trabalho); (xv) há formação em promoção e educação para a saúde envolvendo todo o pessoal ou grupos de risco (v.g., fumadores); (xvi) o plano de saúde pressupõe uma abordagem integrada e global (por ex., medidas centradas no indivíduo e na organização, incluindo o ambiente físico e psicossocial);

*C. Participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes*

(xvii) de um modo geral, há uma participação efectiva e concreta dos trabalhadores e/ou os seus representantes na vida interna da empresa (v.g., mudanças na organização e demais condições de trabalho); (xviii) os trabalhadores não são apenas informados como também consultados no que diz respeito ao planeamento e implementação da(s) política(s) de saúde; (xix) os trabalhadores (ou seus representantes) participam na negociação e decisão (por ex., aprovação do plano de saúde e relatório anual de actividades do serviço de SH&ST); (xx) a proporção de trabalhadores que participam em programas voluntários (v.g., álcool, droga,

tabaco, exercício físico, cancro) é aceitável (em relação ao número de elegíveis); (xxi) há garantias de qualidade, sigilo e comportamento ético por parte dos promotores de saúde (v.g., médicos do trabalho e outros profissionais envolvidos, incluindo os representantes da empresa e dos trabalhadores);

*D. Resultados da política de saúde:*

(xxii) é feita análise (periódica) de custo/benefício das políticas, programas e actividades de saúde (incluindo a SH&ST) (caso a caso ou globalmente); (xxiii) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na qualidade dos produtos e serviços, na melhoria da imagem externa da empresa e na própria satisfação dos clientes; (xxiv) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na melhoria da saúde dos trabalhadores, na sua satisfação profissional e na sua qualidade de vida (incluindo os estilos de vida); (xxv) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na melhoria do clima organizacional, da organização do trabalho e das demais condições de trabalho; (xxvi) a empresa cumpre todas as suas obrigações legais, convencionais e/ou facultativas em matéria de protecção dos riscos profissionais e promoção da saúde dos seus trabalhadores; (xxvii) esta empresa pode ser tomada como um bom exemplo no domínio da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.



## Índice das Caixas, Figuras e Quadros



## Índice das Caixas

Caixa II.1 – Participação e novas formas de organização do trabalho	52
Caixa II.2 – Sistema antropocêntrico de produção	63
Caixa II.3 – Uma concepção sociotécnica das condições de trabalho	69
Caixa II.4 – Dez vantagens da participação directa dos trabalhadores	73
Caixa II.5 – Estimativa dos custos das baixas por doença em termos de VAB teoricamente perdido	129

## Índice das Figuras

Figura II.1 – Percepção das funções que os sindicatos deveriam desempenhar e das que efectivamente desempenham, independentemente da situação sindical dos trabalhadores (n=500) (%)	56
Figura II.2 – Principais formas de participação dos trabalhadores, em % do total das empresas (n=111) e em % das empresas c/ sistema de qualidade	64
Figura II.3 – Prevalência de programas e actividades de saúde nas empresas e estabelecimentos norte-americanos, do sector privado, com mais de 50 trabalhadores, em 1985 e 1992	76
Figura II.4 – Factores endógenos e exógenos que influenciam a saúde no trabalho, por locus de controlo	88
Figura II.5 – Frequência (%) e índice de saúde (base: 100) de tipos de programas e actividades de saúde, levadas a cabo pelas empresas europeias (n=1451)	94
Figura A7.1 – Caracterização sociodemográfica do pessoal ao serviço no final de 1996 (n=259) (%)	171
Figura A11.1 – Repartição do número de empresas em função da natureza do posto de trabalho mais característico da área de produção (n=246) (%)	174
Figura B1.1 – Distribuição dos perfis de equipas de saúde (n=243)(%)	182
Figura B2. 1 – Taxa de absentismo observada em 1996 (n=221), por escalão (%)	186
Figura B2. 2 – Taxa de absentismo considerada como aceitável pela empresa, por escalão (n=170) (%)	186
Figura B3.1 – Causas mais frequentes do absentismo por incapacidade para o trabalho (n=256) (%)	187
Figura B4. 1 – Principais problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida dos trabalhadores, constituindo motivo de preocupação para a empresa (n=258) (%)	189
Figura B6.1 – Principais formas de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=257) (%)	192
Figura B6.2 – Frequência relativa dos tipos de formas de participação (n=257) (%)	196
Figura B6.3 – Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho por tipologia de formas de participação (n=243) (%)	197
Figura B7.1 – Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho por tipologia de formas de participação (n=243) (%)	199
Figura B8.1 – Direitos que, em princípio, são reconhecidos aos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=256) (%)	200
Figura IV.1 – Distribuição do valor médio de cada um dos 15 índices que compõem o índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)	202
Figura C1A.1 – Iniciativas de tipo A (Higiene e Segurança no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho) (n=259) (%)	205
Figura C1B.1 – Iniciativas de tipo B (Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde) (n=259)	209
Figura C1C.1 – Políticas, programas ou actividades de tipo C (Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis) (n=259) (%)	212
Figura C1D. 1 – Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho (n=259) (%)	215
Figura C1E.1 – Actividades de tipo E (Actividades e programas sociais e de bem-estar) (n=259) (%)	219
Figura C1.1 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e nacionalidade do capital (n=259)	222
Figura C1.2 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e grau de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=245)	222
Figura C1.3 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e sector de actividade (n=259)	223
Figura C1.4 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e modalidade de serviços de SH&ST (n=247)	223

Figura C1.5 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e tipologia da equipa de saúde (n=243)	224
Figura C1.6 – Índice de realização de actividades de saúde, por tipologia de actividade e grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)	224
Figura C1.7 – Número médio de programas de saúde por tipologia e grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)	225
Figura C2. 1 – Índice médio de saúde, por grupo de programas	227
Figura C2. 2 – Índice médio de saúde, por agrupamento de actividade principal (n=246)	228
Figura C2.3 – Índice médio de saúde por tipologia e por grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (n=246)	229
Figura C2.4 – Índice médio de saúde por tipologia e por cargo ou função do respondente (n=240)	229
Figura D2. 1 – Média do envolvimento global dos diferentes actores na gestão do sistema de SH&ST (n=209)	232
Figura D2. 2 – Média do envolvimento da administração/direcção nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=196)	232
Figura D2. 3 – Média do envolvimento do director de recursos humanos nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=170)	233
Figura D2.4 – Média do envolvimento do médico do trabalho nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=181)	233
Figura D2. 5 – Média do envolvimento da equipa de saúde nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=57)	234
Figura D2. 6 – Média do envolvimento do técnico ou especialista de H&ST nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=104)	234
Figura D2. 7 – Média do envolvimento da comissão de SH&ST nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=75)	235
Figura D2. 8 – Média do envolvimento representantes dos trabalhadores nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=94)	235
Figura D2. 9 – Média do envolvimento do consultor externo nas fases de concepção, planeamento, implementação e avaliação (n=39)	236
Figura D2. 10 – Grau médio de envolvimento do técnico de H&ST, do médico do trabalho, da equipa de saúde e do consultor externo no sistema de gestão da SH&ST	237
Figura D2. 11– Grau médio de envolvimento do director de pessoal, da administração/direcção, da comissão de SH&ST e dos representantes do pessoal na gestão do sistema de SH&ST	238
Figura D2. 12 – Média ponderada do envolvimento de todos os actores nas diferentes fases da gestão dos projectos (n=916)	239
Figura D3.1 – Envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação (n=247)	240
Figura D3.2 – Grau de envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação (n=247) e respectivos índices médios de realização total, modernização do sistema de trabalho e integração do sistema de gestão da SH&ST	240
Figura D1.1 – Frequência relativa dos principais 'prompting factors' por ordem crescente (n=255)	243
Figura D5. 1 – Frequência relativa dos principais factores facilitadores, por ordem crescente (n=240)	248
Figura D4. 1 – Frequência relativa dos principais obstáculos, por ordem crescente (n=241)(%)	251
Figura D6.1 – Frequência relativa dos principais benefícios obtidos, por ordem crescente (n=255)	254
Figura E3.1 – Prioridade que é atribuída à saúde pelas empresas do mesmo ramo de actividade, por agrupamento de actividade económica (n=194)	262
Figura E4.1 – Proporção de respondentes à pergunta sobre o montante da massa salarial e o total dos encargos com a saúde (n=259) (%)	256
Figura V.1 – Distribuição percentual, no conjunto da amostra (n=259), do nº de actividades de saúde por tipologia (n=5182)	301
Figura V.2 – Frequência e índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (CEE, 1991) (n=1451)	305
Figura V.3 – Frequência e índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (Portugal, 1997/98) (n=259).	305
Figura V.4 – Benefícios e 'prompting factors' (n=255) (%)	315

## Índice dos Quadros

Quadro II. 1 – Alguns indicadores sobre profissionais de SH&ST numa amostra de países	27
Quadro II.2 – Grau de cobertura dos serviços de saúde no trabalho em 13 países europeus (1989-1995)	31
Quadro II.3 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por escalão de dimensão da empresa (Continente, Dez. 1999/Jan.2000) (n=4252) (%)	35
Quadro II.4 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por sector de actividade (Continente, Dez. 1999/Jan.2000) (n=4252) (%)	Anexo A
Quadro II. 5– Prevalência de programas de PST na amostra das 500 melhores e maiores empresas da <i>Fortune 5000/1984</i> (n=247)	41
Quadro II.6 – Percentagem de empresas da amostra da amostra da <i>Fortune 500/1984</i> , que faziam estudo de necessidades, avaliação e análise de custos no âmbito dos programas de PST (n=164)	42
Quadro II. 7 – Grelha de avaliação de boas práticas no domínio da protecção e promoção da saúde no trabalho no trabalho (Graça, 1999e)	Anexo A
Quadro II.8 – Fases e objectivos do processo de promoção da saúde no trabalho (PST)	Anexo A
Quadro II.9 – Papéis funcionais a desempenhar no processo de PST	Anexo A
Quadro II.10 – Níveis e formas de participação no trabalho	53
Quadro II.11 – Tipos de participação (formal) dos trabalhadores em empresas heterogeridas e natureza do papel dos trabalhadores	54
Quadro II.12 – Elegibilidade para os programas de promoção de saúde no local de trabalho: Trabalhadores a tempo inteiro e a tempo parcial, do sector privado, por agrupamento ocupacional ( <i>National Compensation Survey, 2000</i> ) (%)	Anexo A
Quadro II.13 – Alguns exemplos de empresas norte-americanas com “wellness programs”	82
Quadro II. 14 – Programas ou actividades de saúde mais frequentes ( $\geq 50\%$ ) levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)	92
Quadro II.15 – Programas ou actividades de saúde menos frequentes $< 50\%$ , levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)	93
Quadro II. 16 – Quatro estudos de casos portugueses: Alguns elementos de caracterização (1997)	95
Quadro II.17– Políticas, programas e actividades de tipo A — Segurança & Higiene no Trabalho/Melhoria do ambiente físico de trabalho	96
Quadro II.18 – Políticas, programas e actividades de tipo B - Avaliação de saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde	97
Quadro II. 19 – Políticas, programas e actividades de tipo C — Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis	97
Quadro II.20 – Políticas, programas e actividades de tipo D — Intervenções a nível organizacional/Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho	98
Quadro II.21 – Políticas, programas e actividades de tipo E — Actividades e programas sociais e de bem-estar	98
Quadro II.22 – Autopercepção do estado de saúde da população de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade, por tipo de funções (Continente, 1998/99) (n=11223) (%)	Anexo A
Quadro II.23 – Trabalhadores activos inquiridos, de 15 ou mais anos de idade, que referiram incapacidade temporária por doença nas duas últimas semanas anteriores à inquirição por principais causas de doença e tipo de trabalho (Continente, 1998/1999) (n=2119) (%)	Anexo A
Quadro II.24 – Beneficiários da Segurança Social com processamento do subsídio por doença (excepto tuberculose), por ano e sector de actividade (1990-1998) (%)	Anexo A
Quadro II. 25 – Estrutura do absentismo nas empresas com 100 ou mais trabalhadores (1991-1998)(%)	107
Quadro II. 26 – Taxa de absentismo global e específica por sector de actividade (1996) (%)	107
Quadro II. 27 – Taxa de absentismo global e específica por sector de actividade (1996-1998) (%)	Anexo A
Quadro II. 28– População inquirida de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade, que declarou sofrer de dores de costas, tensão alta, de alergia, de asma e diabetes, por tipo de trabalho (Continente, 1998/1999)	109
Quadro II. 29 – População inquirida de trabalhadores activos, de 10 ou mais anos de idade, por consumo de tabaco e tipo de trabalho (Continente, 1998/99) (n=21786) (%)	110
Quadro II. 30 – Evolução dos gastos com a saúde em % do PIB e outros indicadores (EUA, 1970-2001)	112

Quadro II. 31 – Algumas empresas europeias, seleccionadas como exemplos de boas práticas, em que a filosofia de gestão ou a cultura de empresa incorporam explicitamente o conceito de saúde e/ou promoção da saúde	113
Quadro II. 32 – Potenciais benefícios e beneficiários da protecção e promoção da saúde no trabalho no contexto específico dos EUA	116
Quadro II. 33 – Custos económicos dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais nos EUA (1992)	117
Quadro II. 34 – Custos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) Unidade: \$ Dólar (EUA)	120
Quadro II. 35 – Estrutura dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) (%)	121
Quadro II. 36 – Comparação dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) no Japão, por trabalhador (1995), segundo duas fontes Unidade: \$ Dólar (EUA)	121
Quadro II. 37 – Montante médio dos custos e benefícios da SH&ST por empresa ou estabelecimento no Japão (n=139) (*)	122
Quadro II. 38 – Estrutura dos custos da SH&ST no Japão (em dólares e em % do total)	123
Quadro II. 39 – Estatísticas dos seguros de acidentes de trabalho (1999 e 2000)	125
Quadro II.40 – Índice de SH&ST, segundo a dimensão da empresa (1991-1995)	127
Quadro II. 41 – Custo médio com a prevenção dos acidentes e doenças profissionais, em percentagem do total dos encargos com a SH&ST, por dimensão (1991-1995)	128
Quadro III. 1 – Vantagens e desvantagens do inquérito por questionário, conforme o seu modo administração	132
Quadro III.2 – Factores que afectam a taxa de resposta a questionários postais	133
Quadro III.3 – Questionário: distribuição do número de questões, por secção	135
Quadro III.4 – Grelha de observação para avaliação da qualificação do posto de trabalho mais característico da área de produção	137
Quadro III.5 – Construção do índice de integração do sistema de gestão da SH&ST	145
Quadro III.6 – Operacionalização das variáveis independentes características sociodemográficas e técnico-organizacionais da empresa	Anexo A
Quadro III. 7 – Operacionalização das demais variáveis independentes: riscos e factores de risco e prompting factors	Anexo A
Quadro III. 8 – Operacionalização das variáveis dependentes: prevalência de actividades de saúde, número de actividades de saúde, índice de realização, índice de saúde, participação	Anexo A
Quadro III. 9 – Operacionalização das variáveis dependentes: principais benefícios	Anexo A
Quadro III.10 – Portugal: População, emprego e desemprego, por género (1998)	Anexo A
Quadro III.11 – Portugal: População, emprego e desemprego, por região (1998) (%)	Anexo A
Quadro III.12 – Distribuição das empresas, societárias e não societárias, segundo a dimensão (FCEE, 1997)	Anexo A
Quadro III.13 – Volume de emprego segundo a dimensão e a natureza jurídica das empresas (FCEE, 1997)	Anexo A
Quadro III. 14 – Número de certificados na área da qualidade e do ambiente	150
Quadro III.15 – Proporção do nº de empresas e volume de emprego por escalão de dimensão das empresas (1996-1998) (%)	152
Quadro III.16 – Repartição do nº de empresas por dimensão ou volume de emprego (Ficheiro da D&B, 1996)	153
Quadro III.17 – Repartição do nº de empresas por dimensão(volume de emprego e/ ou volume de negócio) (Ficheiro da D&B, 1996) (n=2068)	154
Quadro III.18 – Repartição do nº de empresas e volume de emprego por sector económico (D&B, 1996)	156
Quadro III.19 –Repartição do número de empresas e volume de emprego, de capital social e de vendas por agrupamento de actividade económica (Ficheiro D&B, 1996)	Anexo A
Quadro III.20 – Repartição do número de empresas por período da fundação e sector económico (D&B, 1996) (n=2059) (%)	158
Quadro III.21 – Repartição do nº de cargos ou funções de nível 1 (Ficheiro da D&B, 1996) (n=2072)	159
Quadro III.22 – Repartição do nº de cargos ou funções executivas (D&B, 1996) (n=2072)	Anexo A
Quadro III.23 – Repartição do número de respondentes por tipo de unidade	160
Quadro III. 24 – Amostra de empresas, por dimensão (volume de emprego): Teste binomial	161
Quadro III. 25 – Teste do qui-quadrado para a distribuição por região (NUT II)	162
Quadro III.26 – Teste do qui-quadrado para a distribuição da amostra por forma jurídica	163
Quadro III.27 – Repartição do número de multinacionais por origem geográfica (n=66)	163

Quadro III.28 – Capital social e dimensão da empresa ( volume de emprego) (n=243)(%)	164
Quadro III. 29 – Capital social e natureza jurídica (n=243)(%)	164
Quadro III. 30– Repartição do nº de empresas e volume de emprego por sector de actividade económica	165
Quadro III.31– Repartição do número de empresas e volume de emprego, por agrupamento de actividade económica	Anexo A
Quadro III.32 – Amostra de empresas, por sector económico: Teste binomial	165
Quadro III.33 – Repartição do nº de empresas, por agrupamento de actividade económica (4 categorias)	
Quadro III.34 – Sector exportador e sector económico (n=256) (%)	166
Quadro III.35 – Amostra de empresas, por sector exportador: Teste binomial	166
Quadro III.36 –Teste do qui-quadrado relativo à distribuição por antiguidade (período da fundação) (n=248)	167
Quadro III. 37 – Amostra de empresas, por antiguidade (período de fundação): teste binomial	167
Quadro III.38 – Nº de respondentes por cargo ou função (n=254)	168
Quadro III.39 – Repartição do nº de empresas por inclusão na lista da Exame 500/97 (n=237)	169
Quadro III.40– Repartição do nº de empresas respondentes, listadas na Exames 500/97, por ranking (n=108)	169
Quadro IV.1 – Medidas da tendência central para a integração do sistema de gestão da SH&ST (m=259)	Anexo A
Quadro IV.2 – Distribuição da amostra por grau de integração do sistema de SH&ST (n=259)	202
Quadro IV.3 – Índice de integração do sistema de gestão da SH&ST por atributo sociodemográfico ou técnico-organizacional (n=259)	203
Quadro IV.4 – Grau de prioridade atribuída à melhoria da saúde dos colaboradores	Anexo A
Quadro A7.1 –Taxa de sindicalização, por agrupamento de actividade económica (a) (n=257)	Anexo A
Quadro A8. 2 – Repartição do nº de empresas e volume de emprego, por agrupamento de actividade económica	Anexo A
Quadro A8.5 – Repartição do nº de empresas, por agrupamento de actividade económica (4 categorias)	Anexo A
Quadro A9.1 – Objectivo dos investimentos nos componentes materiais do trabalho, feitos nos últimos cinco anos, e correspondente índice de modernização tecnológica (n=259) (%)	173
Quadro A10.1 – Indicadores de modernização nas empresas do sector produtivo (n=148)	176
Quadro A10.2 – Indicadores de modernização nas empresas do sector produtivo, por agrupamento de actividade e nacionalidade do capital (n=148)	176
Quadro A12.1 – Nº de respondentes à questão sobre a análise de tipo SWOT (a) (n=259)	Anexo A
Quadro B1. 1 – Modalidade adoptada em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST (n=247)	178
Quadro B1. 2 – Modalidade adoptada de Serviço de SH&ST, por dimensão (volume de emprego) (n=247) (%)	178
Quadro B1.3 – Modalidade adoptada de Serviço de SH&ST e agrupamento de actividade económica (n=247) (%)	Anexo A
Quadro B1. 4 – Repartição do nº de empresas que dispõem de serviços e de profissionais de SH&ST (n=247)	179
Quadro B1. 5 – Médico de clínica geral e modalidade de serviço de SH&ST (n=247) (%)	180
Quadro B1. 6 – Pessoal de enfermagem e modalidade de serviço de SH&ST (n=247) (%)	181
Quadro B1.7 – Pessoal de enfermagem e dimensão ( volume de emprego) (n=247) (%)	181
Quadro B1.8 – Composição e perfil dos serviços de SH&ST em função das especialidades/profissões e sua distribuição por modalidade de organização e funcionamento (n=246)	Anexo A
Quadro B1.9 – Tipologia do perfil da equipa de saúde e modalidade de serviço de SH&ST (n=243) (%)	183
Quadro B9.1.1 – Atitude face à melhoria das condições de SH&ST (n=255)	184
Quadro B9.2.1 – Repartição do nº de empresas em função da sua estratégia ou filosofia de acção em matéria de SH&ST (n=256)	184
Quadro B9.2. 2 – Repartição do nº de empresas em função da existência de uma política de saúde integrada (n=256)	185
Quadro B2. 1 – Medidas de tendência central dos valores da taxa de absentismo	Anexo A
Quadro B2.2 – Taxa de absentismo por agrupamento de actividade económica (%)	Anexo A
Quadro B2.3 – Taxa de absentismo em 1996 e taxa de absentismo aceitável por agrupamento de actividade principal (n=163)	Anexo A
Quadro B3. 1 – Percepção das principais causas do absentismo por incapacidade para o trabalho, por sector económico (n=256) (%)	188
Quadro B4.1– Preocupação com a dificuldade em lidar com o stresse e percepção do stresse como uma das principais causas do absentismo por incapacidade (n=254) (%)	190
Quadro B5.1– Principal natureza dos riscos e sector económico (n=238)(%)	191

Quadro B6. 1 – Principais formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST por sector económico (n=257)	193
Quadro B6.2 – Comissão de SH&ST e agrupamento de actividade económica (n=257) (%)	194
Quadro B6. 3 – Representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST e Comissão de SH&ST (n=257) (%)	194
Quadro B6.4 – Programa de Ideias e Sugestões e Grupo de Discussão e Melhoria (n=257) (%)	195
Quadro B6.5 – Formas de participação directa dos trabalhadores em matéria de SH&ST e índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=243)	195
Quadro B6. 6 – Tipologia de formas de participação e sector económico (n=257) (%)	197
Quadro B8. 1 – Repartição do nº de respondentes pelo nível de participação que reconhecem aos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=256) (%)	200
Quadro B8.2 – Repartição do nº de respondentes pelo nível de participação que reconhecem aos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=256) (%)	201
Quadro C1A.1 – Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo A por agrupamento de actividade económica (n=259) (%)	206
Quadro C1A.2 – Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo A e tipologia do perfil da equipa de saúde (n=243) (%)	207
Quadro C1B.1 – Consultas regulares de clínica geral e pessoal de enfermagem (n=259)(%)	209
Quadro C1B. 2 – Existência de programa de vacinação e pessoal de enfermagem (n=259)(%)	210
Quadro C1B. 3 – Existência de programa de vacinação e consulta regular de clínica geral (n=259) (%)	210
Quadro C1B. 4 – Prevalência de políticas, programas e actividades de tipo B e tipologia do perfil da equipa de saúde (n=243) (%)	211
Quadro C1C.1 – Consumo de álcool e consumo de droga (n=259) (%)	212
Quadro C1C.2 – Informação e formação em promoção da saúde (n=259) (%)	212
Quadro C1C.3 – Programa de prevenção e controlo do consumo da droga e preocupação explícita com a toxicodependência (n=258) (%)	214
Quadro C1D.1 – Gestão da qualidade total e tipologia das formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (n=257)(%)	216
Quadro C1D. 2 – Formação em comportamento organizacional e formação em gestão de recursos humanos (n=259) (%)	217
Quadro C1D.3 – Formação em competências humanas e/ou organizacionais e formação em SH&ST (n=259) (%)	217
Quadro C1D. 4 – Actividades de tipo D e índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (n=245)	217
Quadro C1E. 1 – Actividades e Programas Sociais e de Bem-Estar por dimensão da empresa (volume de emprego) (n=259) (%)	Anexo A
Quadro C1E. 2 – Boletim/jornal de empresa como actividade e como forma de participação no domínio da SH&ST (n=257) (%)	220
Quadro C1.1 – Nº médio de actividades de saúde e índice de realização por tipologia	Anexo A
Quadro C1.2 – Nº total médio de actividades por agrupamento de actividade económica (n=257)	Anexo A
Quadro C1.3 – Nº total médio de actividades por perfil da equipa de saúde (n=241)	226
Quadro C2.1 – Distribuição das respostas à pergunta C2, por tipo de programa	226
Quadro C2. 2 – Índice de saúde, por grupo de programas	Anexo A
Quadro D2.1 – Repartição das respostas à Pergunta D2: Actores com um papel minimamente activo na gestão do sistema de saúde no trabalho (n=209) (a) e grau de consistência da escala	231
Quadro D3. 1– Tipologia das formas de participação e índice médio de envolvimento (n=247)	242
Quadro D1. 1– Produtividade, qualidade e/ou competitividade como 'prompting factor' e agrupamento de actividade económica (n=255)	244
Quadro D1. 2 – Atitude proactiva face à melhoria das condições de SH&ST e filosofia de gestão/cultura da empresa como 'prompting factor' (n=252) (%)	245
Quadro D1. 3 – Índices específicos de saúde e melhoria explícita da saúde como 'prompting factor' (%)	246
Quadro D1. 4 – Produtividade/qualidade/competitividade como 'prompting factor' e agrupamento de actividade económica (n=254) (%)	246
Quadro D5. 1 – Cultura organizacional propicia enquanto factor facilitador e filosofia de gestão/cultura de empresa enquanto 'prompting factor' (n=247) (%)	248
Quadro D5. 2 – Política escrita e/ou orçamento de SH&ST e multinacionalidade do capital (n=248) (%)	249
Quadro D5. 3 – Os três principais factores facilitadores, segundo o cargo ou função do respondente (n=245) (%)	250
Quadro D4.1 – Os três principais obstáculos que se põem, em geral, à implementação, com êxito, das	252



iniciativas de saúde no local de trabalho, por cargo ou função do respondente (n=237) (%)	
Quadro D6. 1– Principal benefício económico ou social obtido, por ordem de frequência (n=255)	255
Quadro D6.2 – Melhoria da produtividade, qualidade e/ou competitividade e melhoria da saúde do pessoal (n=255) (%)	255
Quadro E4.1 – Média dos encargos salariais 'per capita' por agrupamento de actividade económica (em contos) (n=153)	Anexo A
Quadro E4.2 – Montante da massa salarial 'per capita', por escalão (n=153)	257
Quadro E4. 3 – Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador (1996) (n=126)	259
Quadro E4.4 – Resposta à pergunta sobre o montante da massa salarial e resposta à pergunta sobre os encargos c/ a saúde (n=259) (%)	259
Quadro E4.5 – Escalão dos encargos com a saúde (incluindo a SH&ST), em percentagem da massa salarial (1996) (n=117)	259
Quadro E4.6 – Resumo dos principais indicadores relativos aos custos com o pessoal e com a saúde (1996) (n=117)	259
Quadro E4.7 – Escalão dos encargos com a SH&ST em percentagem da massa salarial (1996) (n=79)	260
Quadro E4.8 – Resumo dos principais indicadores relativos aos custos com a SH&ST (1996) (n=79)	260
Quadro E4.9 – Montante dos encargos com a SH&ST 'per capita', por escalão (n=84)	260
Quadro E6.1 – Grau de implicação dos respondentes em relação ao questionário (n=259)	263
Quadro E6.2 – Interesse em pertencer à rede europeia e apoio de pessoal de enfermagem (n=202)( %)	265
Quadro E8.1 – Número de respondentes por elementos identificação da empresa (n=259)	266
Quadro V. 1 – Análise de factores preditivos de um nível de sindicalização $\geq 30\%$ , por regressão logística múltipla (n=170)	273
Quadro V.2 – Análise de factores preditivos do predomínio de colarinhos brancos por regressão logística múltipla (n=207)	273
Quadro V.3 – Análise de factores preditivos da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (I) por regressão logística múltipla (n=245)	276
Quadro V.4 – Análise de factores preditivos da modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho (II), por regressão logística múltipla (n=204)	277
Quadro V.5 – Análise de factores preditivos da pertença à lista da Exame 500/97, por regressão logística múltipla (n=228)	279
Quadro V.6 – Análise de factores preditivos da certificação do sistema de gestão da qualidade, por regressão logística múltipla (n=242)	279
Quadro V.7 – Análise de factores preditivos da adopção da modalidade de serviço interno de SH&ST por regressão logística múltipla (n=220)	281
Quadro V.8 – Análise de factores preditivos da existência de equipa de saúde ocupacional por regressão logística múltipla (n=220)	283
Quadro V.9 – Análise de factores preditivos da abordagem integrada da SH&ST por regressão logística múltipla (n=244)	286
Quadro V.10 – Análise de factores preditivos de um nível de absentismo alto (6% ou mais), por regressão logística múltipla (n=192)	288
Quadro V.11 – Análise de factores preditivos da existência de Políticas, programas e actividades de tipo C, por regressão logística múltipla (n=257)	291
Quadro V.12 – Análise de factores preditivos da existência de comissão (paritária) de SH&ST por regressão logística múltipla (n=169)	296
Quadro V.13 – Análise de factores preditivos da existência simultânea de formas directas e indirectas de participação por regressão logística múltipla (n=158)	296
Quadro V.14 – Análise de factores preditivos do grau elevado de integração do sistema de gestão da SH&ST, por regressão logística múltipla (n=218)	300
Quadro V.15 – Programas ou actividades de saúde mais frequentes ( $\geq 50\%$ ), levadas a cabo pelas empresas portuguesas (1997/98) (n=259) por comparação com a amostra da CEE (1991) (n=1451) (%)	302
Quadro V. 16 – Programas ou actividades de saúde menos frequentes ( $< 50\%$ ), levadas a cabo pelas empresas portuguesas (1997/98) (n=259), por comparação com a amostra da CEE (1991) (n=1451) (%)	303
Quadro V.17 – Análise de factores preditivos da existência de programas de controlo do consumo de álcool e/ou droga por regressão logística múltipla (n=247)	306
	307
Quadro V.18 – Análise de factores preditivos da existência de programas de actividade física por regressão logística múltipla (n=258)	
Quadro V.19 – Análise de factores preditivos da formação em gestão de recursos humanos e/ou em	308

comportamento organizacional (n=244)	
Quadro V.20 – Análise de factores preditivos do papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST (n=209)	310
Quadro V.21 – Comparação dos principais factores condicionantes do desenvolvimento das políticas de saúde na amostra europeia (1991) e na amostra portuguesa (1997/98)	313
Quadro V.22 – Discrepância entre os principais 'prompting factors' e benefícios (n=254)(%)	316

## **Bibliografia**



ABECASSIS, P. (2001) – Historique de l'aptitude. Saint Maurice, France: Association Santé et Médecine du Travail. (Textes Préparatoires : Aptitude). [http://www.a-smt.org/textes/HISTORIQUE\\_aptitude.htm](http://www.a-smt.org/textes/HISTORIQUE_aptitude.htm) (01.05.2003).

ABELIN, T. et. al. , ed. lit. (1987) – Measurement in health promotion and protection. Copenhagen: Regional Office for Europe. WHO.

ABENDROTH, W. (1973) – Historia social del movimiento obrero europeo. 3ª ed. Barcelona: Laia (tr. do alemão, 1965).

AD CAPITAL INTERNATIONAL SEARCH PORTUGAL; CRANFIELD UNIVERSITY SCHOOL OF MANAGEMENT, UK (2002) – Can Portuguese management compete?: senior expatriate management survey. Lisboa: Ad Capita International Search. <http://www.adcapita.com/> (31.12.2002).

ADLER, P. S.; COLE, R. E. (1993) – Designed for learning: a tale of two auto plants. **Sloan Management Review**. 34:3 (1993) 85-94.

AHMED, P.I.; KOLKER, A.; COELHO, G.V. (1979) – Toward a new definition of health: an overview. In AHMED, P.I.; COELHO, G.V. ed. lit. (1979) –Toward a new definition of health: psychosocial dimensions. New York: Plenum Press. 7-22.

AKABAS, S.H. (1998) – Employee assistance programmes. In STELLMAN, J.M., ed lit. (1998) – Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office. 4 vols. 15.77-15.80.

ALEXANDER, J. (1988) – The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980s. **Social Science & Medecine**. 26:5 (1988) 559-567.

ALLEGGRANTE, J.P.; SLOAN, R.P. (1986) – Guest editorial: ethical dilemmas in workplace health promotion. **Preventive Medicine**. 15 (1986) 313-320.

ALMEIDA, J.F.; PINTO, J.M. (1976) – A investigação em ciências sociais. Lisboa: Presença.

ANDERSON, R. (1987) – Health promotion: the concept and application in the workplace. In MATHESON, H. ed. lit. (1987) – Health promotion in the workplace. Edinburgh: Scottish Health Education Group.

APCER (2003) – Distribuição das empresas certificadas pela APCER por sector de actividade 12-Maio-2003 : Distribuição geográfica das empresas certificadas pela APCER 12-Maio-2003. Porto: APCER – Associação Portuguesa de Certificação. <http://www.apcer.pt/downloads/resumo.pdf> (0.1.06.2003).

ARDEL, D. B. (2000) – A (very) brief history of the wellness concept : wellness in the headlines. In ARDEL, D. B. – Archive Don's Daily Report to the World. Concord, NH : Wellness Centre. [http://www.seekwellness.com/wellness/daily\\_reports/december2000/december\\_29\\_2000.htm](http://www.seekwellness.com/wellness/daily_reports/december2000/december_29_2000.htm) (10-04-03).

ARMSBRÜSTER, K. (1994) – Enterprise performance and participation. **P+ European Participation Monitor**. 9 (1994) 17-20.

ARMSTRONG, J.S.; OVERTON, T.S. (1977) – Estimating nonresponse bias in mail surveys. **Journal of Marketing Research**. 14 (1977) 396-402.

ARNETZ, B.B. (1996) – Causes of change in the health of populations: a biopsychosocial viewpoint. **Social Science & Medecine**. 43:5 (1996) 605-608.

ARONSSON, G. (1989) – Dimensions of control as related to work organization, stress, and health. **International Journal of Health Services**. 19:2 (1989) 459-468.

BADURA, B. (1993) – Health promotion through work design. In BKK (1993) – The future of work: health at worksite. Essen: BKK BV (Federal Association of Company Health Insurance Funds). 35-42.

BAGNARA, S.; BIOCCA, M.; MAZZONIS, D. G. (1981) – Trends in occupational health and safety policy in Italy. **International Journal of Health Services**. 11:3 (1981) 431-450.

BAGNARA, S. ; MISTI, R.; WINTERSBERGER, H., ed. lit. (1985) – Work and health in the 1980s: experiences of direct workers' participation in occupational health. Berlin: Sigma.

BHANDARI, S. (2002) – Employment-based health insurance: 1997. Washington, DC: U. S. Census Bureau. United States Department of Commerce. (Current Population Reports ; December 2002) 1-17.  
<http://www.census.gov/prod/2003pubs/p70-81.pdf> (30.06.2003).

BAPTISTA, J. et al. (1984) – Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho. Monte da Caparica: Faculdade de Ciência e Tecnologia. Universidade Nova de Lisboa.

BAPTISTA, J., KOVÁČKS, I.; ANTUNES, C.L. (1985) – Uma gestão alternativa. Lisboa: Relógio de Água.

BARGAI, D. (1988) – Occupational social work: report based on participants's papers and group discussions. **Eurosocial – Reports**. 31 (1988) 5-20.

BARRETO, A., ed. lit. (1996) – A situação social em Portugal, 1960-1995. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

BARRETO, A. (1996a) – Três décadas de mudança social. In BARRETO, A., ed. lit. (1996) – A situação social em Portugal, 1960-1995. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. 35-60.

BARRETO, A., et al. (2000) – A situação social em Portugal, 1960-1999. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa.

BARRETO, A.; PRETO, C.V. (1996) – Indicadores de evolução social. In BARRETO, A., ed. lit. (1996) – A situação social em Portugal, 1960-1995. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. 61-162.

BARRETO, A.; PRETO, C.V. (2000) – Indicadores sociais: Portugal, 1960-2000. In BARRETO, A., et al. (2000) – A situação social em Portugal, 1960-1999. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. 77-248.

BARRETO, A.; PRETO, C.V. (2000a) – Indicadores sociais: União Europeia, 1960-2000. In BARRETO, A., et al. (2000) – A situação social em Portugal, 1960-1999. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. 249-418.

BAZAS, Th. (2001) – Occupational health practice in Greece. **Journal of Occupational Health**. 43 (2001) 165-167.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. (2003) – Epidemiologia básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (tr. do ingl., 1993).

BELLOC, N.B.; BRESLOW, L. (1972) – Relationship of physical health status and health practices. **Preventive Medicine**. 1: 3 (1972) 409-421.

BEERMANN, B.; KUHN, K.; KOMPIER, M. (1999) – Germany: reduction of stress by health circles. In KOMPIER, M.; COOPER, C. ed. lit. (1999) – Preventing stress, improving productivity. London: Routledge. (European Case Studies in the Workplace) 222-241.

BERGGREN, Ch. (2000) – Volvo: quel avenir pour l' "humanisation" du travail ? IN FREYSSINET, M. et al., ed. lit. (2000) – Quel modèle productif ? Trajectoires et modèles industriels des constructeurs automobiles mondiaux. Paris: La Découverte. 457-479.

BERKAM, L.; BRESLOW, L. (1983) – Health and ways of living: the Alameda County Study. New York: Oxford University Press.

BERLIN, E. (1993) – Can assembly line work be fun? **Working Environment in Sweden**. (1993) 20-21.

- BERLINGUER, G.; BIOCCA, M. (1987) – Recent developments in occupational health policy in Italy. **International Journal of Health Services**. 17:3 (1987) 455-474.
- BERLINGUER, G.; CONTI, P.; SMARGIASSE, P. (1991) – Research strategies and preventive models in work . In ENANDER, A. et al., ed. lit. (1991) – *Work and welfare: papers from the Second Karlstad Symposium on Work*, June 18-20, 1990 at the University of Karlstad. Karlstad: University of Karlstad. (Research Report; 91:7). 235-242.
- BERMAN, D.M. (1977) – Why work kills: a brief history of occupational safety and health in the United States. **International Journal of Health Services**. 7:1 (1977) 63-87.
- BERNOUX, P. (1985) – *La sociologie des organisations*. Paris: Seuil.
- BERNOUX, P. (1994) – The economics of participation. **P+ European Participation Monitor**. 9 (1994) 6-11.
- BERTERA, R. L. (1990) – The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment in a large industrial population. **American Journal of Public Health**. 80:9 (1990) 1101-1105.
- BERTERA, R. L. (1991) – The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. **Journal of Occupational Medicine**. 33: 11 (1991) 1119-1124.
- BKK BUNDESVERBAND (2003) – What is the BKK ? Health at Work (english). Gesundheit. Homepage. Essen ; Germany. [http://www.bkk.de/bkk/content/powerslave.id\\_95\\_nodeid\\_28.html](http://www.bkk.de/bkk/content/powerslave.id_95_nodeid_28.html) (31.07.2003).
- BIT (1979) – *Les nouvelles formes d'organisation du travail*. Vol. I. Genève: Bureau International du Travail.
- BIT (1984) – La 70<sup>ème</sup> session de la Conférence Internationale du Travail. **Révue Internationale du Travail**. 123 : 5 (1984) 573-597.
- BIT (1985) – Rapport au Gouvernement du Portugal sur les travaux de la mission multidisciplinaire du PIACT: 7 octobre-10 novembre 1984. Genève: Bureau International du Travail. Document polycopié.
- BIT (1986) – Les facteurs psychosociaux au travail: nature, incidence et prévention : rapport du Comité Mixte de OIT/OMS de la Médecine du Travail, 9<sup>ème</sup> Session, 18-24 Septembre 1984. Genève: Bureau International du Travail.
- BLAIR, S.N. et al. (1986) – A public health intervention model for work-site health promotion: impact on exercise and physical fitness in a health promotion plan after 24 months. **JAMA**. 255: 7 (1986) 921-926.
- BLALOCK, Jr., H.M. (1979) – *Social statistics*. 2<sup>nd</sup> rev. ed. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha.
- BLOOM, S.W. (1986) – Institutional trends in medical sociology. **Journal of Health and Social Behavior**. 27:3 (1986) 265-276.
- BLY, J.L.; JONES, R.C.; RICHARDSON, J.E. (1986) – Impact of worksite health promotion on health care costs and utilizations: evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program. **JAMA**. 256: 23 (1986) 3235-3240.
- BONAZZI, G. (1993) – Modelo japonés, toyotismo, producción ligera: algunas cuestiones abiertas. **Sociología del Trabajo**. 18(1993) 3-22.
- BRASILEIRO, V. (1998) – A imagem profissional do enfermeiro do trabalho. (Personal paper gentilmente cedido pelo autor).
- BRAVERMAN, M. (1992) – Case study no. 17: reducing stress related to trauma in the workplace: United States. **Conditions of Work Digest**. 11 : 2. (1992) 257-261.
- BRESLOW, L. (1972) – A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. **International Journal of Epidemiology**. 1:4 (1972) 347-355.

BRESLOW, L. *et al.* (1990) – Worksite health promotion: its evaluation and the Johnson & Johnson experience. *Preventive Medicine*. 19 (1990) 13-21.

BREUCKER, G. (1998) – Review and evaluation of success factors in workplace health promotion. In BREUCKER, G. *et al.*, ed. lit. (1998) – Success factors of workplace health promotion. Essen: BKK Bundesverband = Federal Association of Company Health Insurance Funds. (European Network for Workplace Health Promotion, Project paper no. 1). 27-84.

BREUCKER, G. *et al.*, ed. lit. (1998) – Success factors of workplace health promotion. Essen: BKK Bundesverband = Federal Association of Company Health Insurance Funds. (European Network for Workplace Health Promotion, Project paper no. 1).

BREUCKER, G.; ANDERSON, R.; KUHN, K (1997) – Conclusions. In WORKSHOP ON QUALITY MANAGEMENT IN WORKPLACE HEALTH PROMOTION, Erkner, November 27-29, 1996 (1997) - Quality management in workplace health promotion = Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung : conference proceedings = tagungsbericht. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Verlag für neue Wissenschaft. ISBN 3-89701-018-6 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tagungsbericht Tb 81).  
[Hrsg.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Bearb.: Marion Keup]. 131-144.

BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A. ; ORFELD, B. , ed lit. (1996) – International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: WHO-Europe. Essen: BKK Bundesverband. (European Health Promotion Series; 6).

BROWN, J.A.C. (1961) – Psychologie sociale de l'industrie. Paris: EPI (tr. do ingl., 1954).

BRYMAN, A.; CRAMER, O. (1993) – Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta Editora (tr. do ingl., 1987).

BUITELAAR, W.L. (1990) – Participation in the management of occupational health and safety improvement: workers' investigation as active risk analysis. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper n° EF/WP/90/25/EN).

BUNDESFACHVERBAND BETRIEBLICHE SOZIALARBEIT E. V. (BBS) (1995) – Conceptual framework for the professional field of occupational social work. Hanover: BBS [Federal Association of Occupational Social Work] <http://www.bbs-ev.de> (01.05.2003).05.2003).

CABEÇAS, J.M.; GRAÇA, L. (2001) - Avaliação das condições de trabalho em postos de caixa de supermercados. Lisboa: IDICT (Segurança e saúde no trabalho. Estudos, 4. ).

CABRAL, M. V. (1977) – O desenvolvimento do capitalismo em Portugal no século XIX. Lisboa: A Regra do Jogo.

CAHILL, J. (1992) – Computers and stress reduction in social service workers in New Jersey: case study no. 8. *Conditions of Work Digest*. 11:2 (1992) 197-203.

CANADA. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE (1974) – A new perspective on the health of Canadians: the Lalonde Report. Ottawa: Department of Health and Social Welfare.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hb/phdd/pdf/perspective.pdf> (31.12.2002).

CANADA. HEALTH AND WELFARE CANADA (1991) – Corporate health model: a guide to developing and implementing the workplace health system in corporate business. Ontario: Health Promotion in the Workplace Unit. Health Promotion Directorate. Health and Welfare Canada.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/publications/corporatehealth\\_guide/print.htm#13](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/publications/corporatehealth_guide/print.htm#13) (31.12.2002).

CANADA. HEALTH CANADA (1996?) – Literature review: evaluations of workplace health promotion programs. Ontario: Health Promotion and Programs Branch. Population Health Directorate. Adult Health Division. Health Canada.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/pdf/Literature\\_Review.PDF](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/pdf/Literature_Review.PDF) (31.12.2002).

CANADA. HEALTH CANADA (199?) – Health promotion in the workplace: a sampling of company programmes and initiatives. Ottawa: Health and Welfare Canada.



CANADA. HEALTH CANADA (1999) – *Healthy settings: Canadian case studies*. Ontario: Workplace Health Strategies Bureau. (Healthy Environment and Consumer Safety).  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/pdf/healthysettings.pdf> (01.05.2003).

CAPLOW, T. (1972) – *L'enquête sociologique*. 2eme ed. Paris: Armand Colin (tr. do ingl., 1967?).

CARDOSO, S. M. (1995) – *The identification and assessment of occupational health and safety strategies in Europe 1989-1994: Portugal*. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/95/59/EN).

CARREIRA, M. H. (1996) – *As políticas sociais em Portugal*. In BARRETO, A., ed. lit. (1996) – *A situação social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. 365-498.

CARRIERI, M. (1995) – *Italy : half-way to direct participation*. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/95/07/EN).

CASTILLO, J.J. (1990) – *Para um desenho conjunto das transformações produtivas: condições de trabalho e novas tecnologias*. *Análise Social*. 105-106 (1990) 119-134.

CASTILLO, J. J.; PRIETO, C. (1983) – *Las condiciones de trabajo: por un enfoque renovador de la Sociología del Trabajo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

CASTILLO-SALGADO, C. (1984) – *Assessing recent developments and oportunities in the promotion of health in the American workplace*. *Social Science & Medicine*. 19:4 (1984) 349-358.

CASTRO, A. (1981) – *Indústria*. In SERRÃO, J. ed. lit. (1981) – *Dicionário de História de Portugal*. 6 volumes. Porto: Figueirinhas. Volume III. 301-314.

CERDEIRA, M. C (1997) – *A evolução da sindicalização portuguesa de 1974 a 1995*. Lisboa: Direcção Geral das Condições de Trabalho. Ministério para a Qualificação e o Emprego.

CERDEIRA, M. C.; PADILHA, M. E. (1988) – *As estruturas sindicais portuguesas: uma análise evolutiva de 1933 a Abril de 1987*. 3 volumes. Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social.

CHAMBERLAIN, P.H.M. (1983) – *Welfare in industry*. In *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. 3<sup>rd</sup> ed. Geneva: ILO. Vol. II. 2295-2298.

CHAUVENET, A. (1978) – *Médecines au choix, médecine de classes*. Paris: PUF.

CHAVE, S.P.W. (1984) – *The origins and development of public health*. In HOLLAND, W.W.; DETELS, R.; KNOW, G. ed. lit. (1984) – *Oxford textbook of public health*. Vol. 1: History, determinants, scope, and strategies. New York: Oxford University Press. 3-19.

CHU, C.; SIMPSON, R., ed. lit. (1994) – *The ecological public health: from vision to practice*. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; Brisbane: Institute of Allied Environmental Research. Griffith University.

COLLOT, M.; RODRIGUES, C. (1991) – *Um acordo para a modernização*. *Expresso*. (30 de Novembro de 1991).

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1992) – *Europeans and health and safety at work: a survey*. Luxembourg: Commission of the European Communities. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Education.

CONRAD, P. (1987) – *Wellness in the workplace: potentials and pitfalls of work-site health promotion*. *The Milbank Quarterly*. 65: 2 (1997) 255-275.

- CONRAD, P. (1987a) – Who comes to work-site wellness programs? A preliminary review. **Journal of Occupational Medicine**. 29:4 (1987) 317-320.
- CONRAD, P. (1988) – Worksite health promotion: the social context. **Social Science & Medicine**. 26:5 (1988) 485-489.
- CONRAD, P. (1988a) – Health and fitness at work: a participants' perspective. **Social Science & Medicine**. 26:5 (1988) 545-550.
- CONRAD, P.; WALSH, D.C. (1992) – The new corporate health ethic: lifestyle and the social control of work. **International Journal of Health Services**. 22: 1 (1992) 89-111.
- COOPER, C.L.; CARTWRIGHT, S. (1998) – Summary of generic prevention and control strategies. In STELLMAN, J.M., ed. lit. (1998) – *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. 4<sup>th</sup> ed. Geneva: International Labour Office. Vol. II. Part V. Chapter 34. 34.65-34.66
- COOPER, C.L.; PAYNE, R., ed. lit. (1988) – *Causes, coping & consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & Sons. (Wiley Series on studies in occupational stress).
- COOPER, C.L.; WILLIAMS, S., ed. lit. (1994) – *Creating healthy work organizations*. Chichester: John Wiley & Sons.
- CORIAT B. (1979) – *L'atelier et le chronomètre*. Paris: Christian Bourgois.
- CORREIA, A.D. (2000) – A AutoEuropa: um modelo de produção pós-fordista. **Análise Social**. 156 (2000) 739-779.
- CORREIA, F. S. ed. lit. (1960) – *A vida, a obra, o estilo, as lições e o prestígio de Ricardo Jorge*. Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.
- COSTA, F.L. (1982) – Saúde ocupacional. **Arquivos do Instituto Nacional de Saúde**. 7 (1982) 99-108.
- CRAWFORD, R. (1977) – You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **International Journal of Health Services** 7:4 (1977) 663-680.
- CREECH, B. (1998) – Os cinco pilares do TQM: como fazer que a Gestão pela Qualidade Total trabalhe para si. Lisboa: D. Quixote (tr. do ingl., 1994).
- CRISTOVAM, M.L. (1989) – Participação dos trabalhadores na modernização da empresa. **Organizações e Trabalho**. 1 (1989) 73-96.
- CRISTOVAM, M. L. (1995) – Portugal: the challenge of direct participation lies ahead. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper nº WP/95/71/EN).
- CRISTOVAM, M. L. (2001) – Survey examines working conditions: Portugal, July 2001. Lisbon: Universidade Autónoma de Lisboa. (Id: PT0107160F). Survey available at EIROOnline – European Industrial Relations Observatory on-line. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <http://www.eiro.eurofound.ie/2001/07/feature/PT0107160F.html> (15.10.02).
- CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E. (1977) – *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- DAVIS, M.F., et al. (1984) – Worksite health promotion in Colorado. **Public Health Report**. 99 (1984) 538-543.
- DEJOURS, C. (1996) – Folie et travail: de l'analyse étiologique aux contradictions théoriques. **Psychiatrie Française**. 2 (1996) 123-140.
- DEJOURS, C. (1995) – Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? **Le Travail Humain**. 58 :1(1985) 1-16.
- DEJOURS, C. (1993) – *Travail : usure mentale : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard.

- DEJOURS, C. (1986) – Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. (São Paulo.) 14: 54 (1986) 7-11.
- DEJOURS, C. (1980) – Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris: Centurion.
- DEJOY, D.M.; WILSON, M.G. , ed. lit. (1995) – Critical issues in worksite health promotion. Boston: Allyn & Bacon.
- DENIS, H. (1974) – História do pensamento económico. 2ª ed. Lisboa: Livros Horizonte (tr. do fr., 1977).
- DEUTSCH, S. (1988) – Workplace democracy and worker health: strategies for implementation. **International Journal of Health Services**. 18: 4 (1988) 647-658.
- DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA (2002-2003) – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 6 volumes. Lisboa: Círculo de Leitores.
- DOLL, R. ; HILL, A – (1964) Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. **British Medical Journal**. 1(1964) 1399-1410/1460-1467.
- DONALDSON, S.I.; BLANCHARD, A. (1995) – The seven health practices, well-being, and performance at work: evidence for the value of reaching small and underserved worksites. **Preventive Medicine**. 24 (1995) 270-277.
- DOONER, R. (1996) – Looking back on a decade of progress: workplace health promotion in Canada. In BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A.; ORFELD, B., ed lit. (1996) – International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: WHO-Europe. Essen: BKK Bundesverband. 25-39. (European Health Promotion Series; 6).
- DORMAN, P. (1998) – Internalizing the costs of occupational injuries and illness: challenge or chimera ? In MOSSINK, J.; LICHER, F. ed. lit. (1998) – Costs and benefits of occupational safety and health. In Proceedings of the European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health 1997, The Hague, 28-30 May, 1997. Amsterdam: NIA TNO B.V. 13-35.
- DORMAN, P. (2000) – Three Preliminary Papers on the Economics of Occupational Safety and Health. Geneva: ILO. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/econanal/intro.htm> (21.04.2003).
- DORNELAS, A. (1999) – As relações industriais em Portugal: é possível mudar ? é possível não mudar? **Sociedade e Trabalho**. 7 (1999) 45-55.
- DUBY, G. (Dir.) (1995) – Histoire de la France: des origines à nos jours. Paris: Larousse.
- DUNDELACH, P. ; MORTENSEN, N. (1979) - Danemark, Norvège, Suède. In BIT (1979) – Les nouvelles formes d'organisation du travail. Vol. I. Genève: Bureau International du Travail. 353-387.
- DURAND, Cl. (1978) – Le travail enchaîné: organisation du travail et domination sociale. Paris: Seuil.
- DURVAL, M. et al. (1989) – Equipas multidisciplinares e gestão participativa por objectivos: caminho da saúde para todos no ano 2000. **Arquivos do Instituto Nacional de Saúde**. 13 (1989) 103-143.
- DWYER, T. (1992) – The industrial safety professionals: a comparative analysis from World War I until the 1980s. **International Journal of Health Services**. 22:4 (1992) 705-727.
- EKELOF, E. (1993) – The stress resercher: 'Tedious work damages the body'. **Working Environment in Sweden**. (1993) 21.
- ENANDER, A. et al., ed. lit. (1991) – Work and welfare: papers from the Second Karlstad Symposium on Work, June 18-20, 1990 at the University of Karlstad. Karlstad: University of Karlstad (Research Report; 91:7).
- ENGEL, G.L. (1977) – The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**. (8 April 1977) 129-136.

ENQVIST, J. (1993) – The Uddevalla model going to Japan?, **Working Environment in Sweden**. (1993) 21.

ERFURT, J. C. et al. (1990) – Improving participation in worksite wellness programs : comparing health education classes, a menu approach, and follow-up counselling. **American Journal of Health Promotion**. 4:4(1990) 270-278.

ERFURT, J. C. ; FOOTE, A. ; HEIRICH, M.A. (1991) – Worksite wellness programs : incremental comparison of screening and referral alone, health education, follow-up counseling and plant organization. **American Journal of Health Promotion**. 5: 6(1991) 438-448.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2002) – Data to describe the link between OSH and employability. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities (ISBN 92-95007-66-2).

EUROPEAN COMMISSION (1999) – A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EUROPEAN COMMISSION (2000) – Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death ? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EUROPEAN COMMISSION (1998) – New forms of work organization: case studies: final report. Brussels: Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/social/workorg/ewon/surveys/casestudies\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social/workorg/ewon/surveys/casestudies_en.pdf) (01.05.2003).

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2002) – Data to describe the link between OSH and employability. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (1998) – New forms of work organisation: can Europe realise its potential ? Results of a survey of direct participation in Europe. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities (EF/98/03/EN).

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (2002) – Third European Survey on Working Conditions. Data: outcomes. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. [http://www.eurofound.ie/working/3wc/3wcindex\\_8.htm](http://www.eurofound.ie/working/3wc/3wcindex_8.htm) (01.05.2003).

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (1997) – The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Luxembourg : European Network for Workplace Health Promotion. [http://www.enwhp.org/home/pdf/luxembourg\\_declaration.pdf](http://www.enwhp.org/home/pdf/luxembourg_declaration.pdf) (01.05.2003).

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (1999) – Healthy employees in healthy organizations: good practice in workplace health promotion (WHP) in Europe: models of good practice. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds =BKK Bundesverband.

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (1999a) – Healthy employees in healthy organizations: good practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe: questionnaire for self-assessment. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds=BKK Bundesverband. European Information Centre. <http://www.enwhp.org/home/pdf/questionnaire.pdf> (31.07.2003).

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (2001) – Criteria and models of good practice for workplace health promotion in small and medium-sized enterprises: SMEs. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds=BKK Bundesverband. European Information Centre.

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION (2001a) – Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises: SMEs. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds=BKK Bundesverband. European Information Centre.

FAGAN, C.; BURCHELL, B. (2002) – Gender, jobs and working conditions in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

FARIA, M. (1983) – Relatório sobre o ensino da saúde ocupacional na Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Elaborado para apresentação a concurso de Professor Associado da Cadeira de Saúde Ocupacional da Escola Nacional de Saúde Pública.

FARIA, M. (1994) – O exercício da medicina do trabalho em Portugal: problemas e tendências. In CONGRESSO DE MEDICINA DO TRABALHO, 3, Póvoa do Varzim. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.

FARIA, M. ; SANTOS, C. Silva (org.) (1993) – Some statistical data of interest in occupational health. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (translated from Portuguese version, 1989).

FARIA, M.; FARIA, P. L. (1989) – Notas sobre o regime jurídico de reconhecimento e reparação dos acidentes e doenças profissionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 7:2 (1989) 33-38.

FARIA, M.; UVA, A. S. (1988) – Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: algumas reflexões. **Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa**. CLII: 9 e 10 (1988) 360-371.

FEDERAL ASSOCIATION OF COMPANY HEALTH INSURANCE FUNDS (BKK BUNDESVERBAND) (2001) – Criteria and models of good practice for workplace health promotion in small and medium-sized enterprises (SMEs). Essen : BKK. European Information Centre.

FERNANDES, A. L. M. (1990) – O Direito do Trabalho. Vol. II : relações colectivas de trabalho. Coimbra: Almedina.

FERNANDES, A. L. M. (1994) – O Direito do Trabalho. Vol. I: introdução. Relações individuais de trabalho. 9ª ed. Coimbra: Almedina.

FERREIRA, D. (1981) – Seguros. In SERRÃO, J. ed. lit. (1981) – Dicionário de História de Portugal. Porto: Figueirinhas. Vol. VI. 520-525.

FERREIRA, D. (1981a) – Trabalho, Leis do. In SERRÃO, J. ed. lit. (1981) – Dicionário de História de Portugal. Porto: Figueirinhas. Vol. VI. 184-188.

FERREIRA, F.A. G. (1990) – História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FERREIRA, V. (1986) – O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In SILVA, A.S.; PINTO, J.M. , ed. lit. (1986) – Metodologia das ciências sociais. Porto: Afrontamento. 165-195 .

FIELDING, J.E. (1989) – Work site stress management: national survey results. **Journal of Occupational Medicine**. 31:12 (1989) 990-995.

FIELDING, J.E. (1990) – Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. **Health Promotion International**. 5:1 (1990)75-84.

FIELDING, J.E. (1991) – Section 11: Preventive services as a health management tool : occupational health physicians and prevention. **Journal of Occupational Medicine**. 33:3 (1991) 314-326.

FIELDING, J.E. (1991a) – Smoking control at the workplace. **Annual Review of Public Health**. 12 (1991) 209-234.

FIELDING, J.E. (1992) – Smoking: health effects and control. In LAST, J.; WALLACE, R.B. ed. lit. (1992) – Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine. 13<sup>th</sup> ed. Norwall, Connecticut: Aleton and Lang. 715-740.

FIELDING, J.E. (1998) – Worksite health promotion. In STELLMAN, J.M. ed. lit. (1998) – Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4<sup>th</sup> ed. Geneva: International Labour Office. Vol.1. 15.8-15.12.

FIELDING, J. E.; BRESLOW, L. (1983) – Health promotion programs sponsored by California employers. **American Journal of Public Health**. 73 : 5 (1983) 538-542.

- FIELDING, J. E.; PISERCHIA, P. V. (1989) – Frequency of worksite health promotion activities. **American Journal of Public Health**. 79:1 (1989) 16-20.
- FINLAND. MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH (1999) – The Tyta Model: implement for evaluating the company's working environment costs. Tampere: Department for Occupational Safety and Health. Ministry of Social Affairs and Health. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/tyta.pdf> (31.07.2003).
- FOUCAULT, M. (1972) – Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard.
- FREIRE, A. (1995) – Gestão empresarial japonesa: lições para Portugal. Lisboa: Verbo.
- FREIRE, A. (1997) – Estratégia: sucesso em Portugal. Lisboa: Verbo.
- FREIRE, J. (1993) – Sociologia do trabalho: uma introdução. Porto: Afrontamento.
- FREIRE, J. (1999) – La problematica della qualità del lavoro ed il ruolo delle parti sociali in Portogallo. In ROSA, M.; STANZANI, F. ed. lit. (1999) – Sicurezza, prevenzione e qualità del lavoro; una' analisi comparativa a livello europeo. Milano: FrancoAngeli. 62-73.
- FRIEDBERG, E. (1995) – O poder e a regra: dinâmicas da acção organizada. Lisboa: Instituto Piaget (Epistemologia e Sociedade; 25) (tr. do fr., 1993).
- FRIEDMAN, G. (1956) - Le travail en miettes : spécialisation et loisirs. Paris: Gallimard.
- FRÖHLICH, D.; PEKRUHL, U. (1996) – Direct participation and organizational change: fashionable but misunderstood ? An analysis of recent research in Europe, Japan and the USA. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- GALINSKY, E.; BOND, J.T. (2000) — The 1998 business work-Life study: a sourcebook: executive summary. New York: Families and Work Institute. <http://familiesandwork.org/summary/worklife.pdf> (01.05.2003).
- GARDELL, B. (1982) – Scandinavian research on stress in working life. **International Journal Health Services**. 12:1 (1982) 31-41.
- GARDELL, B. (1982a) – Work participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace. **International Journal of Health Services**. 12:4 (1982) 527-558.
- GARDEL, B. (1983) – Worker participation and autonomy: a multi-level approach to democracy at the work place. In CROUCH, C.; HELLER, F.: ed. lit. (1983) – Organizational democracy and political processes. Chichester: John Wiley. 353-387.
- GARDNER, W. ; TAYLOR, P. (1975) – Health at work. London: Associated Business Programmes.
- GEARY, J. F. (1996) – Working at team work: lessons from Europe. **P+European Participation Monitor**. 12 (1996) 18-24.
- GEARY, J.; REES, C.; SISSON, K. (1995) – Management-initiated direct participation: United Kingdom. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/95/03/EN).
- GEARY, J.; SISSON (1994) – Europe: direct participation in organizational change: introducing the EPOC Project. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/94/18/EN).
- GELDER, J. W. (1994) – Lean Production is on the way out again in Japan. Castricum, The Netherlands: Profundo (Economic Research Publications). <http://www.profundo.nl/english/publications/kyushu.html> (28.02.2001).
- GEREMEK, B. (1995) – A piedade e a força: história da miséria e da caridade na Europa. Lisboa: Terramar (tr. do it., 1986).

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992) – O inquérito: teoria e prática. Oeiras: Celta (tr. do fr., 1978).

GILL, D. G. (1985) – Teaching medical sociology to sociology students: health care and the Welfare State. In ENCONTRO NACIONAL DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE, 1, 1985 – Sociologia da Saúde. Lisboa: Cadeira de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública.

GLENDINNING, A.; SHUCKSMITH, J. ; HENDRY, L. (1994) – Social class and adolescent smoking behaviour. **Social Science & Medicine**. 38 : 10 (1994)1449-1460.

GODELIER, M. (1986) – Trabalho. In Enciclopédia Einaudi: volume 7: modo de produção / desenvolvimento / subdesenvolvimento. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda. 11-62 (tr. do it.).

GOETZEL, R. Z.; JUDAY, T. R.; OZMINKOWSKI, R. J. (1999) – What' the ROI ? A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives. **AWHP's Worksite Health** (Summer 1999) 12-21 [http://www.ccpr.cornell.edu/What's\\_the\\_ROI.pdf](http://www.ccpr.cornell.edu/What's_the_ROI.pdf) (01.05.2003).

GOLASZEWSKI, T. et al. (1992) – A benefit-to-cost analysis of a worksite health promotion program. **Journal of Occupational Medicine**. 34:12 (1992) 1164-1172.

GOODOLPHIM, C. (1974) – A associação: história e desenvolvimento das associações portuguesas. Lisboa: Seara Nova. (1ª ed., Lisboa: Imprensa Nacional, 1876) (Introdução de César de Oliveira).

GRAÇA, L. (1985) – Factores psicossociais no trabalho: para uma abordagem global das condições de trabalho em Portugal. In ENCONTRO NACIONAL DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE, 1, 1985 – Sociologia da Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Cadeira de Ciências Sociais.

GRAÇA, L. (1987) – Medicina do trabalho ou saúde ocupacional ? O contributo da SIOT para o debate sobre uma confusão (que não é apenas) semântica. In KOVÁCS, I. E MONIZ, A. B. ed. lit. (1987) – Problemas da sociologia industrial, das organizações e do trabalho em Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Profissionais em Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho (APSIOT). 59-80.

GRAÇA, L. (1992) – O trabalho em equipa: uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 10:1 (1992) 5-20.

GRAÇA, L. (1993) – A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 11:2 (1993) 5-23.

GRAÇA, L. (1993a) – Perfil axiológico das empresas. **Dirigir – Revista para Chefias**. nº especial (1993) (Separata).

GRAÇA, L. (1994) - Experiências inovadoras em segurança e saúde no trabalho: Dois estudos de caso. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 12:4 (1994) 45-62.

GRAÇA, L. (1995) – Ill-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper).

GRAÇA, L. (1996) – Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica. Lisboa: Cadeira de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1238 a T 1242).

GRAÇA, L. (1997) – Guião para o desenho e redacção de um questionário. Lisboa: Cadeira de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1069).

GRAÇA, L. (1998) – The Portuguese case: Almada, a large-sized, pioneering municipality. In MOSSINK, J.; LICHER, F. ed. lit. (1998) – Costs and benefits of occupational safety and health. In PROCEEDINGS OF THE EUROPEAN CONFERENCE, The Hague, 28-30 May, 1997 - Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. Amsterdam: NIA TNO B.V. 283-286.

GRAÇA, L. (1998a) – *Course exercise: the perceived role to be played by the occupational physician in the workplace health promotion (WHP) process and his/her training needs and expectations*. In WYNNE, R. (1998) – *A manual for training in workplace health promotion*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 116-126.

GRAÇA, L. (1999) – *A modernização das empresas portuguesas e a promoção da saúde no trabalho: relatório de investigação*. Projecto financiado pela Junta de Investigação Científica e Tecnológica (PCSH/C/SOC/725/93). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

GRAÇA, L. (1999a) – *Políticas de saúde no trabalho: estudos de caso portugueses: caso A: a 'jóia da coroa' do sector mineiro*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1425). <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos125.html> (31.12.2001).

GRAÇA, L. L. (1999b) – *Políticas de saúde no trabalho: estudos de caso portugueses: caso B: saúde e qualidade de vida numa autarquia local*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1386). <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos131.html> (31.12.2001).

GRAÇA, L. (1999c) – *Políticas de saúde no trabalho: estudos de caso portugueses: caso C: 'saúde e qualidade total' numa multinacional*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1450). <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos133.html> (31.12.2001).

GRAÇA, L. (1999d) – *Políticas de saúde no trabalho: estudos de caso portugueses: caso D: prevenir o stress e promover a saúde numa instituição bancária*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1451). (31.12.2001).

GRAÇA, L. (1999e) – *A promoção da saúde no trabalho: a nova saúde ocupacional ?* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A, Cadernos Avulsos, 1).

GRAÇA, L. (1999f) – *Questionário confidencial sobre necessidades e expectativas em saúde no local de trabalho*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Exercícios; EX 231).

GRAÇA, L. (2000) – *Country report Portugal: small and medium-sized enterprises (SMEs) and health at work*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde : Portugal, National Contact Office - NCO; European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP (Working paper/LG /12/2000/EN).

GRAÇA, L. (2000a) – *O Caso da Fábrica de Automóveis da Volvo em Uddevalla (Suécia): I parte* (<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos44.html>); *II parte* (<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos123.html>); *III parte* (<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos19.html>). (19.10.2002).

GRAÇA, L. (2000 b) – *'La salute non si paga': o modelo operário italiano de análise das condições de trabalho*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1433) <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos48.html> (15.10.2002).

GRAÇA, L. (2001) – *Serviços de Saúde e Segurança no Trabalho em Portugal e na UE: problemas e perspectivas*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1358). (31.12.2001).



GRAÇA, L. (2002) – 3.4. História da saúde e da segurança do trabalho na Europa. In VEIGA, R., coord. - Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho. 5ª actualização. Abril 2002. Revisão técnica de Fernando Cabral. Lisboa: Verlag Dashöfer, 2002 (Unidade 3, Capítulo 4, c. 125 . ).

GRAÇA, L. (2002a) – As novas formas de organização do trabalho. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 707).

GRAÇA, L. (2002b) – A saúde dos trabalhadores portugueses. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Texto policopiado. (Textos; T 1316).  
<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos150.html> (31.12.2002).

GRAÇA, L. (2002c) – Os custos e os benefícios da segurança e saúde no trabalho. In VEIGA, Rui, coord. - Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho. 6ª ed. actualizada, Julho 2002. Revisão técnica de Fernando Cabral. Lisboa: Verlag Dashöfer, 2002 (Unidade 4, Capítulo 9, c. 40 . ).

GRAÇA, L. (2003) – Relatório anual de actividade do(s) serviço(s) de SH&ST: uma primeira análise crítica. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Draft - 32. + anexos.

GRAÇA, L. et al. (1997) – Iniciativas para prevenir e reduzir o absentismo por incapacidade: três estudos de caso. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 15:2 (1997) 21-44.

GRAÇA, L.; KOMPIER, M. (1999) – Portugal: preventing occupational stress in a bank organization. In KOMPIER, M.; COOPER, C. ed. lit. (1999) – Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace. London: Routledge. 264-284.

GRAÇA, L.; FARIA, M. (1991) – A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 9:3 (1991) 5-15.

GRAÇA, L.; FARIA, M. (1992) – Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives, Portugal. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper nº WP/92/23/EN).

GRAÇA, L.; FARIA, M. (1993) – Ano Europeu da Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 11:1 (1993)15-20.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. I. (2000) – Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de Enfermagem [ *Florence Nigthingale and Ethel Fenwick: from occupation to profession in nursing* ]. (Textos/ Papers, 63).  
<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos63.html> . (28.02.2002).

GRAÇA, L.; REIS, M.J. (1994) – Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde. In: BRANCO, J.; GOMES, A.A. ed. lit. (1994) – O Médico de Família e a Saúde Mental. Lisboa: Luís Nunes e Manuel Vasquez. 341-358.

GRAÇA, L.; SÁ, E. (1999) – Avaliação da satisfação profissional do pessoal dos centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja. Resultados Preliminares. Beja: Núcleo de Formação e de Investigação. Sub-Região de Saúde de Beja. Administração Regional de Saúde do Alentejo.

GRAHAM, H. (1994) – Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain insights from a survey of mothers. **Social Science & Medicine**. 38:5(1994) 691-698.

GRAHAM, H. (1996) – Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. **Social Science & Medicine**. 43:2(1996) 243-254.

GREEN, K. L. (1988) – Issues of control and responsibility in workers' health. **Health Education Quarterly**. 15: 4 (1988) 473-486.

- GREEN, L. W. (1992) – Prevention and health education. In LAST, J.; WALLACE, R.B. ed. lit. (1992) – Maxcy-Rosenau-Last: Public Health and Preventive Medicine. 13<sup>th</sup> ed. Norwall, Connecticut: Aleton and Lang. 787-802.
- GRIFFITS, J.H. (1995) – A practical guide to health promotion in the workplace: guidelines for alliance-building and networking with companies. Cardiff: Health Promotion Wales; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (European Health Promotion Series, 5).
- GRÜNDEMANN, R.; VUUREN, C.V. (1997) – Preventing absenteeism at the workplace: European research project. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- GUEDES, A.M. ed. lit. (1947) – O Plano Beveridge. Lisboa: Editorial Século (tr. do ingl., 1942).
- GUERREIRO, A. C.M. (1995) – Amanhã vou adoecer: contributo para o estudo do absentismo-doença. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 13:2 (1995) 37-54.
- GUERREIRO, M. D. (1996) – Famílias na actividade empresarial: PME em Portugal. Oeiras: Celta Editora.
- GUERREIRO, M. D.; PEGADO, E.; RODRIGUES, N.; SALEIRO, S.P. (2000) – Relações sócio-laborais em micro e pequenas empresas. Lisboa : Observatório do Emprego e Formação Profissional (OEFPP). (Actividades, Estudos) <http://oefpp.iefpp.pt/> (20.06.2001).
- GUIBENTIF, P. (1985) – Discursos e aparelhos nas transformações sociais: o caso da segurança social. **Análise Social**. 87/88/89 (1985) 945-959.
- GUIDOTTI, T.L. (1988) – Exposure to hazard and individual risk: when occupational medicine gets personal. **Journal of Occupational Medicine**. 30:7 (1988) 570-577.
- GUSTAFSSON, B. (1984 ) – 20 questions and answers about Sweden's working environment. **Working Environment-84**. (1984) 27-31.
- HAGLUND, B.J.A., PETTERSSON, B.; TILLGREN, P. ed. lit. (1991) – Work for health: Briefing book to the Sundsvall Conference on Supportive Environments. Sundvall: Karolinska Institute, National Board of Health and Welfare.
- HAGUE, P.N.; JACKSON, P. – Pesquisa de mercado. Lisboa: Presença, 1990.
- HAMILTON, V.L, *et al.* (1990) – Hard times and vulnerable people: Initial effects of plant closing on autoworkers' mental health. **Journal of Health and Social Behavior**. 31:2 (1990) 123-140.
- HARRIS, J. S. (1991) –The cost effectiveness of health promotion programs. **Journal of Occupational Medicine**. 33:3 (1991) 327-330.
- HAUSS, F. (1992) – Innovative workplace action for health: Mechanisms for establishing initiatives. Germany. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/92/18/EN).
- HAUSS, F. (1992a) – Corporate health policy: case studies in eight countries. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper).
- HEBERLEIN, T.; BAUMBARTNER, R. (1978) – Factors affecting responses rates to mailed questionnaires. **American Sociological Review**. 43 (1978) 451-460.
- HECKER, S.; KAPLAN, M.S. (1989) – Workplace drug testing as social control. **International Journal of Health Services**. 19:4 (1989) 693-707.
- HEIRICH, M.A. *et al.* (1993) – Work-site physical fitness programs: comparing the impact of different program designs on cardiovascular risks. **Journal of Occupational Medicine**. 35:5 (1993) 510-517.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. (1982) – **Management of organizational behavior**. 4th ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. (1986) – **Psicologia para administradores : a teoria e as técnicas da liderança situacional**. S. Paulo: EPU (tr. do ingl., 1983).

HERZBERG, F. (1968) – One more time: how do you motivate employees ? **Harvard Business Review** (January-February 1968) 53-62.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1984) – **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui**. Paris: Payot.

HOLLAND, W.W.; DETELS, R.; KNOW, G. ed. lit. (1984) – **Oxford textboof of public health**. Vol. 1: history, determinants, scope, and strategies. New York: Oxford University Press.

HOLLANDER, R. B.; LENGERMANN, J. J. (1988) – Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies. **Social Science & Medecine**. 26: 5 (1988) 491-501.

HOLZBACH, R.L. *et al.* (1990) – Effect of a comprehensive health promotion program on employee attitudes. **Journal of Occupational Medecine**. 32:10 (1990) 973-978.

HOUBEN, G.J. (1991) – Production control and chronic stress in work organizations. **International Journal of Health Services**. 21: 2 (1991) 309-327.

HOUBEN, G.J.; NIJHUIS, F.J.N. (1996) – The role of production control in the development of burnout. **International Journal of Health Services**. 26:2 (1996) 331-353.

HOUSE, J.S. (1974) – Occupational stress and coronary heart disease: a review and theoretical integration. **Journal of Health & Social Behavior**. 15: 1 (1974) 12-27.

HOUTMAN, I.L.D.; KOMPIER, M.A.J. (1998) – Work and mental health. In STELLMAN, J. M. , ed.lit. (1998) – **Encyclopaedia of Occupational Health and Safety**. Vol. I. 5/5.2-5.5.

HUBERMAN, M.; LEWCHUK, W. (2002) – European economic integration and the labour compact, 1850-1913. Montréal: CIRANO – Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organizations (Scientific Series ; 2002s-34).  
<http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2002s-34.pdf> (31.05.2003).

HUGENTOBLE, M.K.; ISRAEL, B.A.; SCHURMAN, S.J. (1992) – An action research approach to workplace health: integrating methods. **Health Education Quarterly**, 19: 1 (1992) 55-76.

HUMAN POPULATION LABORATORY (1966) – **Alameda County Population, 1965**. State of California Department of Public Health (Series A, 7) (cit. p/ Belloc e Breslow, 1972).

IDLER, E.L. (1979) – Definitions of health and illness and medical sociology. **Social Science & Medecine**. 13A (1979) 723-731.

ILO (1959) – **R112 Occupational Health Services Recommendation**, 1959. Geneva: International Labour Office.  
<http://www.ilo.org/english/actrav/telearn/osh/legis/r112.htm> (31.07.2003).

ILO (1971) – **C135 Workers' Representatives Convention**, 1971. Geneva: International Labour Office.  
<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C135> (31.07.2003).

ILO (1981) – **C155 Occupational Safety and Health Convention**, 1981. Geneva: International Labour Office.  
<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C155> (31.07.2003).

ILO (1985) – **C161 Occupational Health Services Convention**, 1985. Geneva: International Labour Office.  
<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C161> (31-07-2003).

ILO (2000) – *Mental health in the workplace: introduction: executive summaries*. Prepared by Ph. Gabriel and M.-R. Liimatainen. Geneva: International Labour Office.  
<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/execsums.pdf> (31-07.2003).

ILO (2001) – *Guidelines on occupational safety and health management systems*, ILO-OSH 2001. Geneva: International Labour Office. <http://www.ilo.int/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf> (31.12.2002).

ILO. WHO (1950) – *First joint ILO/WHO Expert Committee on Occupational Health*. Geneva : ILO. WHO.

INGROSSO, M. (1993) – *Becoming sensitive to health: Effectiveness and learning in health education and promotion. Archives of Hellenic Medicine*, (Athens). 10, Sulement A (1993) A12-A27. IOHA (1998) – *IOHA report to ILO on an International Occupational Safety and Health Management System : review and analysis of international, national, and regional systems, and proposals for a new international document*. Geneva: IOHA.

IOHA (International Occupational Hygiene Association) (1998) – *Occupational Health and Safety Management Systems: Review and Analysis of International, National, and Regional Systems and Proposals for a New International Document*. Geneva: International Labour Organization. (Working paper prepared by IOHA for ILO).  
[http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/managmnt/ioha/index.htm\(01.05.2003\)](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/managmnt/ioha/index.htm(01.05.2003)).

ISRAEL, B.A.; et al. (1992) – Case study no. 3: a participatory research approach to reducing occupational stress in the United States. *Conditions of Work Digest*. 11:2 (1992) 152-163.

ISRAEL, B. A., SCHURMAN, S. J.; HOUSE, J. S. (1989) – Action research on occupational stress: Involving workers as researchers. *International Journal of Health Services*, 19 (1989) 135-155.

ITALY. ICOH (1992) – *International code of ethics for occupational health professionals*. Rome: International Commission on Occupational Health.

JAPAN INDUSTRIAL SAFETY AND HEALTH ASSOCIATION (2000) – *Cost-benefit analysis of safety measures*. (31)  
<http://www.jisha.or.jp/english/corner/benefits.pdf> (21.04.03).

JAVEAU, C. (1978) – *L'enquête par questionnaire: manuel à l'usage du praticien*. 2eme ed. Bruxelles: L'Université de Bruxelles.

JESUÍNO, J.C. (1987) – *Processos de liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.

JOHANNES, D. (1993) – *Quality circles, health circles and other problem-solving groups: a comparison of various concepts. Information from the Federal Institute for Occupational Safety and Health*, Germany. Special edition (December 1993) 3-28.

JOHNSON, J. V.; JOHANSSON, G. ed. lit. (1991) – *The psychosocial work environment: work organization, democratization and health: essays in memory of Bertil Gardell*. Amityville: Baywood Publishing Company (Policy, politics, health and medicine series).

JOHNSON, D. W.; JOHNSON, F.P. (1994) – *Joining together: group theory and group skills*. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.

KALIMO, R.; EL-BATAWI, M.; COOPER, C. ed. lit. (1988) – *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*. Genève : OMS.

KAMAN, R.L. ed. lit. (1995) – *Worksite health promotion economics: consensus and analysis*. Champaign, IL: Human Kinetics.

KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990) – *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. [S.l.] : Basic Books.

KIRSTEN, W. (2001) – Competencies in health promotion and prevention: international trends in health promotion. Berlin: Institut für Prävention und Psychosoziale Gesundheitsforschung. Freie Universität Berlin.

Powerpoint presentation : Class November 27, 2001: Postgraduales Studium Prävention und Psychosoziale Gesundheitsforschung. <http://ipg.psychologie.fu-berlin.de/lehre/ws01/download/wk20011127..pdf> (01.05.2003).

KOCHAN, T.A.; LANSBURY, R.D.; MacDUFFIE, J.P. ed. lit. (1997) – After Lean Production: evolving employment practices in the world auto industry. Ithaca and London: IRL Press.

KOMPIER, M.; COOPER, C. ed. lit. (1999) – Preventing stress, improving productivity: European Case Studies in the Workplace. London: Routledge.

KOMPIER, M.; COOPER, C. (1999a) – Stress prevention: European countries and European cases compared. In KOMPIER, M.; COOPER, C. ed. lit. (1999) – Preventing stress, improving productivity: European Case Studies in the Workplace. London: Routledge. 312-336.

KOMPIER, M.; LEVI, L. (1993) – Stress at work: Causes, effects and prevention: guide for small and medium-sized enterprises. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Paper presented at the European Conference on Stress at Work – A Call for Action, Brussels, 9-10 November 1993.

KOMPIER, M.; LEVI, L. (1995) – O stress no trabalho causas, efeitos e prevenção : guia para as pequenas e médias empresas. Luxemburgo : Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias (tr. do ingl., 1993).

KOPLAN, J. P.; TOLSMA, D.D. (1992) – Health behaviours and health promotion. In LAST, J.; WALLACE, R.B. ed. lit. (1992) – Maxcy-Rosenau-Last: Public Health and Preventive Medicine. 13<sup>th</sup> ed. Norwall, Connecticut: Aleton and Lang. 701-714.

KORNAUSER, A. ; SHEATSLEY, P.B. (1967) – Construção de questionário e processo de entrevista. In SELITZ et al. ed. li. (1967) – Métodos de pesquisa nas relações sociais. S.Paulo: Herder, 1967. 613-657.

KOVÁCS, I. (1989) – Tendências de transformação tecnológica e organizacional empresarial: a emergência de novos sistemas produtivos. **Economia e Sociedade**. (Lisboa, CESO). 1 (1989).

KOVÁCS, I. (1989a) – Introdução de novas tecnologias e gestão participativa. **Organizações e Trabalho**. 1 (1989) 53-72.

KOVÁCS, I. (1994) – A participação no contexto de competitividade. **Organizações e Trabalho**. 12 (1994) 11-29

KOVÁCS, I. (2000) – Novas formas de organização do trabalho: estudos e investigação. In SEMINÁRIO, Lisboa, 8 e 9 de Junho de 2002 – Riscos Emergentes da Nova Organização do Trabalho. Lisboa: Presidência Portuguesa da União Europeia.

KOVÁCS, I.; CASTILLO, J. J. (1998) – Novos modelos de produção: trabalho e pessoas. Oeiras: Celta.

KOVÁCS, I., et al. (1994) – Qualificações e mercado de trabalho. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional (Estudos, 13).

KOVÁCS, I.; FERREIRA, J.M.C.; SANTOS, M.J. (1994) – Mudança tecnológica e organizacional: análise de tendências na indústria. Lisboa: Socius - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, ISEG/UTL (Socius Working Papers, 2/94). <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/index.htm> (15.10.02).

KOVÁCS, I.; MONIZ, A. B. ed. lit. (1987) – Problemas da sociologia industrial, das organizações e do trabalho em Portugal. Lisboa: Associação Portuguesa de Profissionais em Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho (APSIOT).

KRONENFELD, J.J. et al. (1988) – Changing health practices: the experience from a worksite health promotion project. **Social Science & Medicine**. 26: 5 (1988) 515-523.

- KUHN, K. (1992) – Case study no. 11 : health circles for foremen at Volkswagen (Germany). **Conditions of Work Digest**. 11: 2 (1992) 220-222.
- KUHN, K. et al. (2000) – Healthy employees in healthy organizations: the European Network for Workplace Health Promotion. Dortmund: The Federal Institute for Occupational Safety and Health.
- LANDSBERGIS, P.A. et al. (1992) – Case study nº 2 : union stress committees and stress reduction in blue- and white-collar workers. **Conditions of Work Digest**. 11:2 (1992) 144-151.
- LAST, J.; WALLACE, R.B. ed. lit. (1992) – Maxcy-Rosenau-Last: Public Health and Preventive Medicine. 13<sup>th</sup> ed. Norwall, Connecticut: Aleton and Lang.
- LEAL, A.S. (1984) – Prefácio. In CONCEIÇÃO, A.J.B. (1984) – Direito da Segurança Social. 3º Volume: Doenças Profissionais e Acidentes de Trabalho. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda. I-XXV.
- LEAL, A.M.S. (1993) – Competitividade e investimentos no factor humano: reflexões sobre um caso. **Revista Portuguesa de Gestão**. 3-4 (1993) 73-81.
- LEE, C.; GRAY, J. (1994) – The role of Employee Assistance Programmes. In COOPER, C.L.; WILLIAMS, S. , ed. lit (1994) – Creating healthy work organizations. Chichester: John Wiley & Sons. 215-245.
- LEE, W. R. (1964) – Robert Baker: the first doctor in the Factory Department. Part 1. 1803-1858. **British Journal of Industrial Medicine**. 21 (1994) 85-93.
- LEIGH, J. P. et al. (1996) – Costs of occupational injuries and illnesses. Washington, DC : NIOSH Report U60/CCU902886 (cit. por Dorman, 2000).
- LEITE, J.; ALMEIDA, F.J. C. (2000) – Legislação do Trabalho. 14ª ed. , revista e actualizada. Coimbra: Coimbra Editora.
- LEY, F.-X. (2001) – Interview : le médecin du travail doit être une sorte de Sherlock Holmes...Bulletin de l'Ordre des Médecins. 2(2001). (Dossier : la médecine du travail, une spécialité en crise). [http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/bulletin.nsf/\(html\)/202BOMN202P12A01?OpenDocument](http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/bulletin.nsf/(html)/202BOMN202P12A01?OpenDocument) (31.01.2003).
- LIMA, M.P. (1973) – O inquérito sociológico: problemas de metodologia. Lisboa: Gabinete de Investigações Sociais. Instituto Superior de Economia. Universidade Técnica de Lisboa (Cadernos GIS).
- LIMA, M.P. (1982) – Notas para uma história da organização racional do trabalho em Portugal (1900-80): alguns resultados preliminares de uma investigação em curso. **Análise Social**. 72-73-74 (1982) 1299-1366.
- LITSKE, H. (1998) – Economic incentives for the improvement of the working environment in Europe: a multi-media presentation on CD-ROM. In MOSSINK, J.; LICHER, F. ed. lit. (1998). 190-194.
- LOPES, M. A. (1993) – Os pobres e a assistência pública. In Mattoso, José, dir. - História de Portugal. V Volume: O Liberalismo (1807-1890) (Coord. Luís Reis Torgal e João Lourenço Roque). 501-515.
- LOPES, E. R. et al. (1989) – Portugal: o desafio dos anos noventa. Lisboa: Editorial Presença.
- LURIE, S.G. (1994) – Ethical dilemmas and professional roles in occupational medicine. **Social Science & Medecine**. 38: 10 (1994) 13657-1374.
- LYNCH, W. D. (1995) – The impact of health promotion on health care utilization. In Kaman (1995) 55-78.
- LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R.J (1991) – Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones Doyma (tr. do ingl., 1978).
- MARTINET, G. (s/d) – Sete sindicalismos: Grã-Bretanha, República Federal Alemã, Suécia, Itália, França, Estados Unidos, Japão. Mem-Martins: Publicações Europa-América (Estudos e Documentos, 166) (tr. do fr., 1979).

- MARTINO, V. (1992) – Occupational stress: a preventive approach. **Conditions of Work Digest**. 11:2 (1992) .3-21.
- MARX, K. (1974) – O Capital, Vol. 1. 2ª ed. Lisboa: Delfos (tr. do fr., Éditions Sociales, s/d) (Edição original alemã, 1867, disponível on-line, em versão inglesa, em: [Marx/Engels Library, Marxist Internet Archive](http://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/index.htm)). <http://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/index.htm> (01-05-2003).
- MATIKAINEN, E.; RANTANEN, J. (1996) – Occupational health promotion: experiences from Nordic countries. In BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A. ; ORFELD, B. , ed lit. (1996) – International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: WHO-Europe. Essen: BKK Bundesverband. (European Health Promotion Series; 6). 41-50.
- MAY, L. (1992) – Case study nº 4: a union programme to reduce work and family stress factors, in unskilled and semi-skilled workers on the east coast of the United States. **Conditions of Work Digest**. 11:2 (1992) 164-171.
- McQUEEN, D. V. (1989) – Thoughts on the ideological origins of health promotion. **Health Promotion**, 4 (1989) 339-342.
- McQUEEN, D. V. (1996) – The search for theory in health behavior and health promotion. **Health Promotion International**. 11:1(1996) 27-32.
- MENDES, J.A. (1993) – Evolução da economia portuguesa. In Mattoso, José, dir. - História de Portugal. V Volume: O Liberalismo (1807-1890) (Coord. Luís Reis Torgal e João Lourenço Roque). S/I: Círculo de Leitores. 315-323.
- MENDES, R. (2001) – Resumo da vida e obra de Bernadino Ramazzini. São Paulo : Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT). Brasil. [http://www.anamt.org.br/sobre\\_ramazzini.html](http://www.anamt.org.br/sobre_ramazzini.html) (25.03.2002).
- MENDES, R.; DIAS, E.C. (1991) – Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**. (S. Paulo). 25:5 (1991) 341-349.
- MERGLER, D. (1987) – Worker participation in occupational health research: theory and practice. **International Journal of Health Services**. 17:1 (1987) 151-167.
- MIGUEL, A.S.S.R. (2000) – Manual de higiene e segurança do trabalho. 5ª edição. Porto: Porto Editora.
- MIGUEZ, J. (1984) – Absences, absences volontaires, absentéisme: de la problématique à la méthodologie. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie. Louvain: Université Catholique de Louvain.
- MIGUEZ, J. e BONAMI, M. (1988) – Comportamentos de ausência, quadros de análise e suas operacionalizações. **Cadernos de Ciências Sociais**. 6 (1988) 3-29.
- MILKMAN, R. (1997) – Farewell to the factory: auto workers in the late twentieth century. Barkeley, CA: University of California Press.
- MILLER, D.C. (1991) – Handbook of research design and social measurement. 5<sup>th</sup> ed. Thousand Oaks, California: Sage.
- MILLS, R. J. (2002) – Health insurance coverage: 2001. Washington, DC : U.S. Census Bureau. United States Department of Commerce. (Current Population Reports; September 2002) 1-24. <http://www.census.gov/prod/2002pubs/p60-220.pdf> (30.06.2003).
- MIZOUE, T. et al. (1999) – Analysis of Japanese occupational health services for small-and medium-scale enterprises in comparison with the Finish system. **Journal of Occupational Health**. 41(1999) 115-120.
- MONDY, R. W.; NOE, R.M.; PREMEAUX, S.R. (1999) – Human Resource Management. 7<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- MÓNICA, M. F. (1990) – Os grandes patrões da indústria portuguesa. Lisboa: D. Quixote.

- MONIZ, A.B. (1989) – Modernização da indústria portuguesa: análise de um inquérito sociológico. **Economia e Sociedade** (Lisboa, CESO). 1 (1989) 117-160.
- MONIZ, A.B. (1989a) – Mudanças tecnológicas e organizacionais em Portugal: análise das duas últimas décadas. **Organizações e Trabalho**. 1(1989) 7-23.
- MONIZ, A. B. (1991) – Processos de mudança tecnológica e organizacional na indústria portuguesa. Monte da Caparica: Faculdade de Ciência e Tecnologia. Universidade Nova de Lisboa. (Tese de doutoramento).
- MONIZ, A.B. (1992) – O papel dos sociólogos e da sociologia na modernização da sociedade. In NEVES, F. et al, ed. lit. (1992) – O lugar e o papel das Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Ed. Universitárias Lusófonas. 137-141.
- MONIZ, A.B. (1992 a) – Condições de trabalho em ambientes automatizados na indústria. **Organizações e Trabalho**. 7-8(1992) 149-159.
- MONIZ, A.B. (2002) – Crescimento da produtividade e organização do trabalho: discussão de alguns factores. **Economia & Prospectiva**. 21-22 (2002) 89-108.
- MONTERO LLERANDI, J.M. (1986) – Análisis sociológico de los accidentes laborales : el sector marítimo pesquero. Madrid: Instituto Social de la Marina.
- MOREL, C. (1983) – La définition de l'absentéisme. **Personnel**. 254 (1983) 34-35.
- MOSER, C.A.; KALTON, G.K. (1972) – Survey methods in social investigation. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Basic Books.
- MOSSINK, J. (1998) – Costs and benefits of occupational safety and health: background paper for the European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. In PROCEEDINGS OF THE EUROPEAN CONFERENCE, The Hague, 28-30 May, 1997 - Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. Amsterdam: NIA TNO B.V. 283-286
- MOSSINK, J.; LICHER, F. ed. lit. (1998) – Costs and benefits of occupational safety and health. In PROCEEDINGS OF THE EUROPEAN CONFERENCE, The Hague, 28-30 May, 1997 - Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. Amsterdam: NIA TNO B.V. 283-286
- MURPHY, L.R. (1985) – Occupational stress management: a review and appraisal. **Journal of Occupational Psychology**. 57 (1985) 1-15.
- MURRAY, R. ed. lit. (1987) – Section I. History. In RAFFLE, P.A.B. et al. ed. lit. (1987) – Hunters's diseases of occupations. London: Hodder & Stoughton. 1-228.
- MUTO, T. et al. (1998) – Costs of occupational health and safety in Japanese companies. In Mossink e Licher ed. lit. (1997) 254-258.
- NAVARRO, V. (1983) – The determinants of social policy. : A case study: regulating health and safety at the workplace in Sweden. **International Journal of Health Services**. 13:4 (1983) 517-561.
- NETHERLANDS. SZW (1994) – Requirements for Safety, Health and Welfare services (SHW). Den Haag: Directie Arbeidsomstandigheden. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).
- NICHOLSON, P.J. (2003) – Occupational Health in the European Union. Asia Pacific Occupational Safety and Health Organization (APOSHO). <http://www.aposho.org/about/msword/ksi-2.doc> (01.05.2003).
- NISHIYAMA, K.; JOHNSON, J. V. (1997) – Karoshi, death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. **International Journal of Health Services**. 27:4 (1997) 625-641.



NUNES, A. S. (1967) – Sociologia e ideologia do desenvolvimento. Lisboa: Moraes Editores.

NUTBEAM, D. (1986) – Health promotion glossary. **Health Promotion: An International Journal**. 1:1 (1986) 113-127.

O' BROWN Jr. (1996) – The Human Factors and Ergonomics Society. In O'Brown e Hendrick ed. lit. (1996) 635-640.

O' BROWN Jr., O.; HENDRICK, H.W. ed. lit. (1996) – Human factors in organizational design and management – V. Amsterdam: North-Holland.

O' DONNELL, M.P. (1989) – Definition of health promotion: Part III: Expanding the definition. **American Journal of Health Promotion**. 3:3 (1989) 5.

O' DONNELL, M.P. (1996) – Workplace health promotion: Report on experiences in the United States. In BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A. ; ORFELD, B. , ed lit. (1996) – International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: WHO-Europe. Essen: BKK Bundesverband. (European Health Promotion Series; 6). 51-55.

O' DONNELL, M.P.; AINSWORTH, T. H. ed. lit. (1994) – Health promotion in the workplace: collected essays. New York : J. Wile, cit. por WENZEL (1994).

O' KELLY, K. (1994) – Employee participation in health and safety: report on the Foundation Conference, Dublin, February 1993. **P+ European Participation Monitor**. 8 (1994) 3-10.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2002) – O estado da saúde e a saúde do Estado: relatório de Primavera 2002. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) – Saúde: que rupturas ? Relatório de Primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

ODDONE, I. et al. ed. lit. (1984) – Ambiente di lavoro : la fabbrica nel territorio. 2ª ed. Roma: Ediesse.

OECD (2003) – Organization for Economic Co-Operation: Health.. Documentation: Documents- Statistics, Data and Indicators: OECD Health Data 2003: Frequently asked data.  
<http://www.oecd.org/EN/document/0,,EN-document-194-5-no-1-29041-194,00.html> (7.7.2003).

OIT (2002) – Sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho: Directrizes práticas da OIT. Lisboa: IDICT (Segurança e Saúde no Trabalho. Informação Técnica; 15).

OKUBO, T. (1998) – Worksite health promotion in Japan. In Stellman (1998) 15.23-15.24.

OMS (1979) – Formation du personnel et développement des services d'hygiène et de médecine du travail : rapport d'une mission au Portugal, 3-16 février 1979, par le Dr. A. Wisner, consultant de l'OMS. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe. Organisation Mondiale de la Santé (POR/WKH 001, distribution restreinte).

OMS (1989) – Épidemiologie des maladies et des accidents liés à la profession : dixième rapport du Comité mixte OIT/OMS de médecine de travail. Genève: OMS (Série de Rapports Techniques ; 777).

ORFEL, B. (1998) – Concepts and definitions of WHP. In BREUCKER, G. et al. (1998) 85-114.

ORLANDI, M.A. (1986) – The diffusion and adoption of worksite health promotion innovations: an analysis of the barriers . **Preventive Medicine**. 15 (1986) 522-536.

ORTSMAN, O (1984) – Mudar o trabalho: as experiências, os métodos, as condições de experimentação social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (tr. do fr., 1978).

PAIVA, V. (2000) – Medio ambiente urbano: una mirada desde la historia de las ideas científicas y las profesiones de la ciudad. Buenos Aires 1850-1915. **Revista de Urbanismo**. (Santiago de Chile) 3(2000).  
<http://revistaurbanismo.uchile.cl/n3/paiva.html> (21.11.2003).

PAOLI (1992) – First European Survey on the Work Environment (1991-1992). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EF/92/11/EN).

PAOLI, P. (1997) – Second European Survey on the Working Conditions (1996). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Available in electronic format).

PAOLI, P.; MERLLIÉ, D. (2001) – Third European Survey on Working Conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. <http://www.eurofound.ie/publications/EF0121.htm> (30.10.02).

PENDLETON, A et al. (2001) – Employee share ownership and profit-sharing in European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. <http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0156EN.pdf> (15.10.2003).

PENDLETON, A et al. (2002) – The incidence and determinants of employee share ownership and profit-sharing in Europe. Industrial Relations in Europe Conference (IREC 2002). Aalborg, 29-31 August 2002. [http://www.socsci.auc.dk/irec/papers/Andrew\\_Pendleton.pdf](http://www.socsci.auc.dk/irec/papers/Andrew_Pendleton.pdf) (15.10.2003)

PEREIRA, J. (1995) – Equity, health and health care: an economic study with reference to Portugal. York: Department of Economics and Related Studies. University of York. Thesis submitted to the degree of Doctor of Philosophy.

PEREIRA, M.H. (1999) – As origens do Estado Providência em Portugal: as novas fronteiras entre público e privado. **Ler História**. 37 (1999) 45-61.

PERROT, M. (1985 ) – Os problemas da mão-de-obra industrial. In Sociologia do trabalho: organização do trabalho industrial : antologia. Lisboa: A Regra do Jogo. 13-56 (tr. do fr., 1979).

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2003) – Análise de dados para ciência sociais: a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.

PETIT, F.; DUBOIS, M. (2000) – Introdução à psicossociologia das organizações. Lisboa: Instituto Piaget (tr. do fr., 1998).

PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS; SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE. UNIVERSITY OF CAPE TOWN. HEALTH SERVICES FACULTY (2002) – Dual Loyalty & Human Rights In Health Professional Practice; Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms. [http://www.phrusa.org/healthrights/dual\\_loyalty.html](http://www.phrusa.org/healthrights/dual_loyalty.html) (15.06.2003).

PILZER, P. Z. (2001) – An interview with Paul Zane Pilzer, by John David Mann and John Milton Fogg. **Network Marketing Lifestyles Magazine**. (Sept. 2001) <http://www.health-ebiz.com/paul-zane-pilzer.htm> (01.05.2003).

PILZER, P. (2003) – Wellness revolution: how to make a fortune in the next trillion dollar industry. New York: John Wiley & Sons (cit. por Pilzer, 2001).

PINAUD, H. (1989) – A trade union approach to quality management and participation. **P+ European Participation Monitor**. 2 (1989) 26-28.

PIOTET, F. (1996) – Policies on health and safety on thirteen countries of the European Union. Vol. 2: the European situation. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

PORTER, M. (1994) – Construir as vantagens competitivas de Portugal. In FORUM PARA A COMPETITIVIDADE, Lisboa, 1994. Lisboa : Monitor Company.

PORTUGAL. COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DA SEGURANÇA SOCIAL (1999) – Livro Branco da Segurança Social: versão final Janeiro 98. Lisboa: Instituto Nacional de Administração e Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social.

PORTUGAL. COMISSÃO DO LIVRO BRANCO DOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO (1999) – Livro branco dos serviços de prevenção das empresas. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (Estudos; 1).

PORTUGAL. CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (2001) – Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade. Lisboa: Conselho Permanente de Concertação Social. CES.

PORTUGAL. CPCS (1991) – Acordo Económico e Social. Lisboa: Conselho Permanente de Concertação Social.

PORTUGAL. CPCS (1991a) – Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Lisboa: Conselho Permanente de Concertação Social.

PORTUGAL. IDICT (1977) – Serviços de prevenção das empresas. Livro verde. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (Informação técnica; 3).

PORTUGAL. IDICT (1999) – Representantes dos Trabalhadores: Guia do Formador. 2ª ed. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, 68. (Série Formação).

PORTUGAL. INE (1995) - Anuário estatístico de Portugal, 1994. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

PORTUGAL. INE (1996) – Anuário estatístico de Portugal, 1995=Statistical Yearbook of Portugal, 1995. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística = National Statistics Institute.

PORTUGAL. INE (1997) – Anuário Estatístico de Portugal, 1996 = Statistical Yearbook of Portugal, 1998. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística = National Statistics Institute.

PORTUGAL. INE (1999) – Anuário Estatístico de Portugal, 1998 = Statistical Yearbook of Portugal, 1998. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística = National Statistics Institute.

PORTUGAL. INE. (2000) – Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos. Lisboa: Serviço de Metodologia e Ficheiros de Unidades Estatísticas. Instituto Nacional de Estatística. (Dados não publicados).

PORTUGAL. INSA (2001) – Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

PORTUGAL. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO E INSPECÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO (IDICT); INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP) (2001) – Manual de Certificação de Certificação: Técnico Superior de Segurança e Higiene do Trabalho: Técnico de Segurança e Higiene do Trabalho. LISBOA: IDICT.

PORTUGAL. INSTITUTO DE INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA DA SOLIDARIEDADE [ 2000 ] – Séries Estatísticas da Segurança Social: 1990-1998. Oeiras : IIES.

PORTUGAL. INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL (1997) – Estatísticas de seguros: 1995. Lisboa: ISP.

PORTUGAL. INSTITUTO DE SEGUROS DE PORTUGAL (2002) – Estatísticas de seguros: 2000. Lisboa, ISP. <http://www.isp.pt/estatisticas/es2000a.pdf> (21.04.2003).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA. MISSÃO PARA A SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (1997) – Livro verde para a sociedade da informação em Portugal. Lisboa: MCT. <http://www.missao-si.mct.pt> (31.12.97).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996) – Saúde em Portugal : uma estratégia para o virar do século ; a mudança centrada no cidadão : orientações para 1997. Lisboa : Ministério da Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1996) – Uma estratégia para o virar do século. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1997) – A Saúde dos Portugueses: 1977. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1999) – Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século:1998-2002. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) – Ganhos em saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002a) – Projecto: vida activa saudável no local de trabalho. Lisboa: Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Direcção Geral da Saúde. Texto policopiado.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) – Contributos para um Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS, PLANEAMENTO E PROSPECTIVA (2003) – As condições de trabalho e o absentismo: o absentismo nas empresas com 100 e mais pessoas. Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento.  
<http://www.detefp.pt/publicacoes/pdf/absentismo.pdf> 21.04.2003.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS, PLANEAMENTO E PROSPECTIVA (2003a) – Estatísticas em síntese: acidentes de trabalho: 2000. Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento. <http://www.detefp.pt/informacao/sinteses/pdf/at2000.pdf> (31.07.2003).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DETEFP ( s/d) – Estudo sobre a sinistralidade em Portugal: acidentes de trabalho e de trajecto. Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE. DETEFP (1999) – Quadros de pessoal, 1997. Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Ministério do Trabalho e Solidariedade.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DETEFP (2001) – Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores (Dez. 99-Jan. 00). Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. <http://www.detefpt.pt/> (31.12.2002).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. DETEFP [ 2002 ] – Quadros de pessoal 1999. Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. <http://www.detefpt.pt/> (31.12.2002).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS. DIRECÇÃO-GERAL DE ESTUDOS E PREVISÃO (2003) – Portugal: indicadores económicos: Lisboa, Abril 2003: Portugal em acção. Lisboa: DGEP. Ministério das Finanças.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL (1994) – Organização Internacional do Trabalho (1919-1994). Lisboa: Direcção de Serviços de Informação Científica e Técnica. MESS (Textos de Divulgação; 1).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL (1995) – Convenções e Recomendações adoptadas pela OIT (1919-Junho/1995). Lisboa: Direcção de Serviços de Informação Científica e Técnica. MESS (Textos de Divulgação; 4).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SOLIDARIEDADE (MES) (1999) – Quadros de pessoal 1999. (152 .) <http://www.detefp.pt/publicacoes/pdf/qp1999.pdf> (21.04.2003).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL (1995) – Estatísticas: balanço social 1993. Lisboa: Departamento de Estatística. MESS. (Relatórios e Análises; 40).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA (1996) – Estatísticas: balanço social, 1991-1995. Lisboa: Departamento de Estatística. MESS.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SEGURANÇA SOCIAL. GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL – PIACT (1987) – Para a melhoria das condições e do ambiente de trabalho relatório da missão multidisciplinar PIACT. Lisboa: Serviço de Informação Científica e Técnica. Ministério do Trabalho e Segurança Social (Relatórios e análises; Séries trabalhos gerais; 5).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE. DETEFP (1999) – Estatísticas: Quadros de Pessoal, 1997. Lisboa: Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. Centro de Informação e Documentação Económica e Social (CIDES). Ministério do Trabalho e Solidariedade.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE (1999) – Inquérito Quadrienal ao Custo da Mão-de-Obra. Lisboa: MTS.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA (1998) – Balanço Social 1996. Lisboa: Departamento de Estatística. CICT. MTS (Estatísticas: balanço social).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DO TRABALHO, EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (2000) – Balanço Social 1997. Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento. Centro de Informação e Documentação Económica e Social (Estatísticas: balanço social).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E SOLIDARIEDADE. DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DO TRABALHO, EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (2001) – Balanço Social 1998. Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento. Centro de Informação e Documentação Económica e Social (Estatísticas: balanço social).

PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (1996) – Concertação Estratégica para Modernizar Portugal: Linhas de Força para o Emprego, a Competitividade e o Desenvolvimento. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Texto policopiado.

RAFFLE, P.A.B. et al. ed. lit. (1987) – Hunters's diseases of occupations. London: Hodder & Stoughton.

RAMAZZINI, B. (2001) – As doenças dos trabalhadores. S. Paulo: Fundacentro (edição especial, tr. de Raimundo Estrela, 325 ).

RAMOS, R. (1994) – A segunda fundação (1890-1926). In História de Portugal (Direcção de José Mattoso). VI Volume. S/I: Círculo de Leitores.

RANSFORD, H.E.; PALISI, B. J. (1996) – Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within age and gender subgroups. **Social Science & Medecine**. 42: 11(1996) 1555-1559.

RANTANEN, J. ed.lit. (1990) – Occupational Health Services: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, 26).

RANTANEN, J. (1998) – New trends in occupational health services. **Asian-Pacific Newsletter**. 2(1998)40-43. <http://www.tti.fi/Internet/English/Information/Electronic+journals/Asian-Pacific+Newsletter/1998-02/> (31.12.2002).

REGALIA, I. (1995) – Participação directa: Portugal. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper nº WP/95/71/PT).

REGALIA, I. ; GILL, C. ed. lit. (1995) – The position of the social partners in Europe on direct participation. Countries studies: Volume I. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/95/35/EN).

REGALIA, I. (1997) – Potenzialità e limiti della partecipazione diretta: Il punto di vista delle parti sociali in Europa. Dublin Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Working paper no. WP/97/32/IT).

REIS, J. (1993) – O atraso económico português em perspectiva histórica (1850-1930). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

- REIS, J. (1987) – A industrialização num país de desenvolvimento lento e tardio, Portugal, 1870-1913. **Análise Social**. 96 (1987) 207-227.
- RIBEIRO, J., LEITÃO, N.; GRANJO, P. (1994) – Visões do sindicalismo: trabalhadores e dirigentes. Lisboa: Cosmos.
- RIBEIRO, V. (1984) – Acidentes de trabalho: reflexões e notas práticas. Lisboa: Rei dos Livros.
- RIBISL, K.M.; REISCHL, T.M. (1993) – Measuring the climate for health at organizations. Development of the worksite health climate scales. **Journal of Occupational Medicine**. 35:8 (1993) 812-824.
- RITVA, H.-A. (1996) – Factors of success of the high coverage of occupational health services of employees in Finland. **Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine**. 2:2 (1996).  
<http://www.fjokk.hu/cejoem/files/Volume2/Vol2No3/ce963-1.HTM> (31.01.03)
- ROBBINS, S.P. (1998) – Organizational behavior: concepts, controversies, implications. 8th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- ROCHAIX, M. (1996) – Les questions hospitalières: de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Paris: Berger-Levrault.
- RODRIGUES, C. (2003) – 4.5. Sistema de gestão de segurança e saúde no trabalho segundo as normas OHSAS 18001/NP 4397. In VEIGA, R., coord. – Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho, 8ª actualização. Janeiro 2003. Revisão técnica de Fernando Cabral. Lisboa: Verlag Dashöfer (Unidade 4, Capítulo 5, c. 45.).
- RODRIGUES, C. (2003a) – 4.6. Metodologia de implementação do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho segundo as normas OHSAS 18001/NP 4397. In VEIGA, R., coord. – In Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de Acidentes de Trabalho, 8ª actualização. Janeiro 2003. Revisão técnica de Fernando Cabral. Lisboa: Verlag Dashöfer (Unidade 4, Capítulo 6, c. 40.).
- RODRIGUES, J. N. (1991) – A moda da gestão 'made in Japan'. **Expresso**. (6 de Abril de 1991).
- RODRIGUES, J. N. (1992) – A segunda viragem do Japão. **Expresso**. (21 de Março de 1992).
- RODRIGUES, J. N. (1995) – Um retrato do Sol Nascente. **Expresso**. (28 de Outubro de 1995).
- RODRIGUES, J.N. (1991a) – Estudo da Challenge revela impasse: A modernização tecnológica inacabada. **Expresso**. (12 de Outubro de 1991).
- RODRIGUES, L. M. P. L.; GOMES, D.R.; CRAIG, R. (200?) – Aula do Comércio: primeiro estabelecimento de ensino técnico profissional oficialmente criado no Mundo ?  
<http://www.egi.ua.pt/XXIIlaphes/Artigos/a%20Gomes%20&%20Lima.PDF> (30.06.2003).
- RODRIGUES, M. (1992) – Portugal com mais de mil acidentes por dia: campeões em vítimas de trabalho. **Expresso**. (14 de Março de 1992).
- RODRIGUES, M. (1992a) – As doenças inexistentes. **Expresso**. (6 de Junho de 1992).
- RODRIGUES, M.J. (1991b) – Competitividade e recursos humanos. Lisboa: D. Quixote.
- RODRIGUES, M.J.; LIMA, M.P. (1987) – Trabalho, emprego e transformações sociais: trajectórias e dilemas das ciências sociais em Portugal. **Análise Social**. 95 (1987) 119-149.
- RODRIGUES, N. (1996) – Os acordos de concertação social. In BARRETO, A., ed. lit. (1996) – A situação social em Portugal: 1960-1995. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. 499-510.
- ROGERS, B. (1997) – Enfermagem do trabalho: conceitos e práticas. Loures: Lusociência (tr. do ingl., 1994).
- ROGERS, E.M. ; SCHOEMAKER, F.F. (1971) – Communication of Innovations. New York: The Free Press

- ROLLE (1978) – Introdução à sociologia do trabalho. Lisboa: A Regra do Jogo (tr. do fr., 1971).
- ROMAN, P.M.; BLUM, T. C. (1987) – Ethics in worksite health programming: Who is served ? **Health Education Quarterly**. 14:1 (1987) 57-70.
- ROMAN, P.M.; BLUM, T. C. (1988) – Formal intervention in employee health: comparisons of the nature and structure of employee assistance programs and health promotion programs. **Social Science & Medicine**. 26: 5 (1988) 503-514.
- ROSAS, F. (1994) – Portugal, um mundo de coisas pequenas: a sociedade e a economia dos anos 30. In História de Portugal (Direção de José Mattoso). VII Volume: o Estado Novo (1926-1974) (Coord. Fernando Rosas). S/l.: Círculo de Leitores. 19-147.
- ROTH, S. (1996) – Lean production in the German motor industry. **P + European Participation Monitor**. 12 (1996) 25-31.
- ROTHAN, A. ; CHAMBET, C. (1983) – Les médecins du travail: nouvelle étude démographique. **Révue de Médecine du Travail**. 11 : 4 (1983) 207-227.
- RUSSELL, S. (1991) – Employee involvement aspects of Total Quality Management. **P + European Participation Monitor**. 2 (1991) 29-32.
- RÜTTEN, A. (1995) – The implementation of health promotion: a new structural perspective. **Social Science & Medicine**. 41:12 (1995) 1627-1637.
- SANTOS, B. S. (1992) – O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988). 2ª ed. Porto: Afrontamento.
- SANTOS, B. S. (1994) – Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. Porto: Afrontamento.
- SANTOS, M.L.L.; LIMA, M.P.; FERREIRA, V.M. (1976) – O 25 de Abril e as lutas sociais nas empresas. 2 vols. Porto: Afrontamento.
- SANTOS - LUCAS, J. (1985) – Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal. JORNADAS DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5. Lisboa. (1985).
- SARGISON, D. (1991) – A Qualidade Total com 'Q' grande. **Expresso**. (23 de Novembro de 1991).
- SASS, R. (1985) – The Saskatchewan approach to workplace health and safety, 1972-1982. In BAGNARA, S. et al. ed. lit. (1985) 195-205.
- SAVALL, H. (1978) – À la recherche des coûts et performances cachés de l'entreprise. **Révue Française de Gestion**. 18 (1978) 96-108.
- SAUTER, S.L. et al , ed. lit. (1998) – Psychosocial and organizational factors. In STELLMAN, J.M., ed lit. (1998) – Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office. 4 vols. Vol. II. Part V. Chapter 34 34.1-34.77.
- SCHILLING, R.S.F. (1973) – Developments in occupational health. In Schilling, R.S.F. ed. lit. (1973) – Occupational health practice. London: Butterworths. 1-23.
- SCHRÖER, A.; SOCHERT, R. (s/d) – Cercles de santé au travail: modèles et réalisation en pratique. Essen: BKK Bundesverband.
- SECHAUD, S. (1994) – Ten years of self-expression in France. **P + European Participation Monitor**. 8 (1994) 36-38.

SECCOMBE, I.; PATCH, A. (1995) – Health At Work in the NHS: survey of hospital activity. London: Health Education Authority.

SELLERS, D. (1997) – Hidden beneath our feet: The story of sewerage in Leeds. Leeds: Leeds City Council, Department of Highways and Transportation (38.). <http://www.dsellers.demon.co.uk/sewers/hidden.pdf> (12.05.2003).

SEMINÁRIO SINDICAL SOBRE HIGIENE E SEGURANÇA NO TRABALHO (1980) – Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1, Lisboa, 1979 - Pela defesa da saúde e vida dos trabalhadores: documentos. Lisboa : CGTP-IN.

SERRÃO, J. ed. lit. (1981) – Dicionário de História de Portugal. Porto: Figueirinhas. 6 vols.

SIMÕES, J. O. ed. lit. (1910) – Inquérito à situação do operariado. **Boletim do Trabalho Industrial**. 49 (1910).

SHIPLEY, R. H. et al. (1998) – Effect of the Johnson & Johnson Live for Life program on employee smoking. **Preventive Medicine**. 17 (1988) 25-34.

SILVA, C. Alberto (1997) – O trabalho na saúde na encruzilhada dos modelos identitários e culturais dos profissionais. **Organizações e Trabalho**. 16-17(1997) 119-144.

SILVA, C. Alberto (2001) – (Re)pensar os paradoxos da participação directa e as suas implicações na enfermagem: Hospitais e centros de saúde no Alentejo. Évora: Universidade de Évora. Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

SILVA, J. M. M. Prista (2002) – Exposição profissional a chumbo : utilização da protoporfirina-zinco PPZ na vigilância de saúde de trabalhadores expostos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor na especialidade de Saúde Pública (disciplina Saúde Ocupacional) da Universidade Nova de Lisboa, através da Escola Nacional de Saúde Pública.

SLOAN, R. P.; GRUMAN, J. C.; ALLEGGRANTE, J. P. (1987) – Investing in employee health: A guide for effective health promotion in the workplace. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

SLOAN, R.P., GRUMAN, J.C. (1988) – Participation in workplace health promotion programs: The contribution of health and organizational factors. **Health Education Quarterly**. 15: 3 (1988) 269-288.

SMITH, M.J. ; ZEHEL, D. (1992) – Case study no. 9: a stress reduction intervention programme for meat processors emphasizing job design and work organization (United States). **Conditions of Work Digest**. 11: 2 (1992) 204-213.

SNOW, J. (1855) - On the mode of communication of cholera. 2nd ed. London: John Churchill.  
Full text available from the Department of Epidemiology, School of Public Health, University of California, Los Angeles (UCLA). <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/snowbook.html> (01.05.2003).

SOURNIA, J.C. (1995) – História da medicina. Lisboa: Instituto Piaget (tr. do fr., 1991).

SPILMAN, M.A. (1988) – Gender differences in worksite health promotion activities. **Social Science & Medicine**. 26: 5 (1988) 525-535.

SPILMAN, M.A. et al. (1986) – Effects of a corporate health promotion program. **Journal of Occupational Medicine**. 28: 4(1986) 285-289.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. (1990) – Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**. 81: 1(1990) 53-59.

STANGE, K.C. et al. (1991) – Psychosocial predictors of participation in a worksite health promotion program. **Journal of Occupational Medicine**. 33: 4 (1991) 479-485.



- STANZANI, C. (1994) – Employee participation in workplace health and safety strategies. **P+ European Participation Monitor**. 8 (1994) 14-17.
- STANZANI, F. (1999) – Le direttive della Comunità Europea : continuità e innovazione. In ROSA, M.; STANZANI, F. ed. lit. (1999) – Sicurezza, prevenzione e qualità del lavoro; un' analisi comparativa a livello europeo. Milano: FrancoAngeli. 41-61.
- STARRIN, B.; LUNDBERG, B. (1991) – Participatory research: a 1990's challenge for the emancipation of working life research. In ENANDER, A. et al., ed. lit. (1991). 273-287.
- STEIN, M. (1997) – Quality management in workplace health promotion(WHP) according to ISO 9004-2. In WORKSHOP ON QUALITY MANAGEMENT IN WORKPLACE HEALTH PROMOTION, Erkner, November 27-29, 1996 (1997) 85-94.
- STELLMAN, J.M. ed. lit. (1998) – Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 4th ed. Geneva: International Labour Office. 4 volumes.
- STOFFELMAYR, B.E. et al. (1992) – A program model to enhance adherence in work-site-based fitness programs. **Journal of Occupational Medicine**. 34: 2 (1992) 156-161.
- STOLEROFF, A.; NAUMANN, R. (1993) – A sindicalização em Portugal: a sua medida e a sua distribuição. **Sociologia – Problemas e Práticas**. 14 (1993) 19-47.
- SWEDISH WORK ENVIRONMENT AUTHORITY (2001) – Legislation: The Work Environment Act, with commentary as worded on 1 st January 2001. <http://www.av.se/english/legislation/legislation.shtml> (01.05.2003).
- SWEDISH WORK ENVIRONMENT AUTHORITY (2002) – Systematic work environment management and stress. Solna: The Swedish Work Environment Authority . <http://www.av.se/english/publications/h366.pdf> (01.05.2003).
- SWEDISH WORK ENVIRONMENT AUTHORITY (2003) – Systematic work environment management: guidelines. Solna: The Swedish Work Environment Authority . <http://www.av.se/english/Files/h367eng.pdf> (01.05.2003).
- SYME, L. (1992) – Social determinants of disease. In LAST, J.; WALLACE, R.B. ed. lit. (1992) – Maxcy-Rosenau-Last: Public Health and Preventive Medicine. 13<sup>th</sup> ed. Norwall, Connecticut: Aleton and Lang. 687-700.
- TAMBURI, G. (1983) – Social Security. In Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 3th rev. ed. Geneva: International Labour Office. Vol. 2. 2073-2076.
- TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W.H. (1958) – How to choose a leadership pattern. **Harvard Business Review**. (March-April 1958) 95-102.
- TAP-AIR PORTUGAL (2003) – Relatório e contas 2002. Lisboa: TAP-Air Portugal. [http://www.tapspecials.com/pdfs/rc200200\\_book\\_pt.pdf](http://www.tapspecials.com/pdfs/rc200200_book_pt.pdf) (31.09.2003)
- TAYLOR, F. W. (1965) – La direction scientifique des entreprises. Paris: Dunod (tr. do ingl., 1911, The Principles of Scientific Management, New York).
- TAYLOR, P.J. (1983) – Absenteeism, causes and control of. In Encyclopaedia of occupational health and safety. 3th rev. ed. Geneva: ILO. 5-10.
- THOMPSON, E. P. (1968) – The Making of the English Working Class. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- THOMSSON, H.; MENCKEL, E. (1997) – What is workplace health promotion: a Swedish perspective. Stockholm: Prevent. [http://www.prevent.se/doc\\_pdf/prodblad/what\\_is.pdf](http://www.prevent.se/doc_pdf/prodblad/what_is.pdf) (31.01.2002)
- THOMSSON, H.; MENCKEL, E. (1998) – Workplace health promotion: the concept from a Swedish point of view. In Breucker, G. et al. ed. lit. (1998) 115-148.

THORSRUD, E. (1975) – La démocratisation du travail et le processus de transformation de l'organisation. **Sociologie du Travail**. 3 (1975) 243-265.

THORSRUD, E. (1975 a) – Policy making as a learning process. In *Social Sciences and Government Policies and Problems*. London: Tavistock [cit. por Ortsman, 1984].

TOTTERDILL, P. (2002) – Developing new forms of work organization: the role of the main actors. Nottingham: The Work Institute, The Nottingham Trent University. [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/totterdill.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/totterdill.pdf) (30.05.2003).

TRAVIS, J. (2003) – Concepts in wellness. Wellness Associates. <http://www.thewellspring.com/Pubs/concepts.html> (01.05.2003)

TRAVIS, J.; RYAN, R.S. (1988) – Wellness workbook. 2<sup>nd</sup> ed. Berkeley, California: The Speed Press (cit. por Travis, 2003).

U.S.A. IHPM (2001) – The face of excellence. **Health & Productivity Management**. 1:1 (2001) 7. <http://www.ihpm.org> (01.05.2003). Magazine of The Institute for Health and Productivity Management.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1979) – Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington, D.C.: US Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service. DHEW Publication No. (PHS)79-55071. [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/K/\\_/nnbbgk.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/K/_/nnbbgk.pdf) (01.05.2003).

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1980) – Public Health Service. Promoting health / preventing disease: objectives for the nation. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1987) – National survey of worksite health promotion activities. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1989) – Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the the Surgeon General. Rockville, Maryland: U.S. Department of health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989. [http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/X/S/\\_/nnbbxs.pdf](http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/X/S/_/nnbbxs.pdf) (01.05.2003).

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990) – Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, DHHS publication no. (PHS) 90-50212, 1990.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1991) – Healthy People 2000: National Health Promotion and Diseases Prevention Objectives. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993) – Health promotion goes to work: programs with an impact. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

U.S. DEPARTMENT OF LABOR. BUREAU OF LABOR STATISTICS (1999) – National Compensation Survey: Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments, 1997. (Bulletin; 2517) 172. <http://www.bls.gov/ncs/ebs/sp/ebbl0017.pdf> (01.06.2003).

U.S. DEPARTMENT OF LABOR. BUREAU OF LABOR STATISTICS (2003) – National Compensation Survey: Employee Benefits in Private Industry in the United States, 2000. (Bulletin; 2555) 95. <http://www.bls.gov/ncs/ebs/sp/ebbl0019.pdf> (01.06.2003).

U.S. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2002) – Health, United States, 2000. Trend Tables: National Health Expenditures, Table 113. <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/tables/2002/02hus113.pdf> (01.05.2003).

UGT (1987) – *Contrato Social para a Modernização*. Lisboa: União Geral dos Trabalhadores.

UGT (1995) – *Manual de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Lisboa: União Geral dos Trabalhadores.

UVA, A. S. (1989) – *Contribuição para o estudo da exposição profissional ao ozono em cabinas de avião*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor na especialidade de Saúde Pública (disciplina Medicina do Trabalho) da Universidade Nova de Lisboa, através da Faculdade de Ciências Médicas.

UVA, A. S. (2003) – Portuguese Society of Occupational Medicine: its role on the development of Occupational Health. *Saúde & Trabalho*. 4 (2003) 45-53.

UVA, A.S.; FARIA, M. (1992) – Riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde. ((Lisboa)): Federação Nacional dos Médicos e Sindicato Independente dos Médicos. 40. inum.

VAN DORMAEL, M. (1978) – La médecine du travail, c'est la santé ? *Lettre d'Information*. (Bruxelles, GERM- Groupe d' Étude pour une Réforme de la Médecine). 122 ( Novembre 1978). 1-266.

VEIGA, A.J. M. (1995) – *Lições de Direito do Trabalho*. 6ª ed. Lisboa: Universidade Lusíada.

VRIES, H. (1995) – Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. *Social Science & Medicine*. 41: 3 (1995) 419-424.

VROOM, V.H.; YETTON, P. (1973) – *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

WALTERS, D. (1994) – Successful employee representation in health and safety. *P + European Participation Monitor*. 8 (1994) 25-30.

WALTERS, D.R. (1996) – The identification and assessment of occupational health and safety strategies in Europe 1989-1994. Vol. I: the national strategies. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

WALTERS, D.R. (1997) – Preventive services in occupational health and safety in Europe: developments and trends in the 1990s. *International Journal of Health Services*. 27:2 (1997) 247-271.

WALTERS, D.R. (1998) – Health and safety strategies in a changing Europe. *International Journal of Health Services*. 28:2 (1998) 305-331.

WALTERS, D.; DALTON, A.; GEE, D. (1993) – Worker and trade union representation in health and safety in Europe: the theory, the practice and the potential. Brussels: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety. European Trade Union Confederation (ETUC).

WARHSAW, L.J.; MESSITE, J. (1998) – Health protection and promotion in the workplace: an overview. In STELLMAN (1998) 15.2-15.8.

WARNER, K. E. (1987) – Selling health promotion to corporate America: Uses and abuses of the economic argument. *Health Education Quarterly*. 14: 1 (1987) 39-55.

WARNER, K. E., et al. (1988) – Economic implications of workplace health promotion programs: review of the literature *Journal of Occupational Medicine*. 30: 2 (1988) 106-112.

WARREN, M. D. (2000) – *A Chronology of State Medicine, Public Health, Welfare and Related Services in Britain 1066-1999*. London: Royal College of Physicians of The United Kingdom. Faculty of Public Health Medicine, 390 .  
[http://www.fphm.org.uk/publications\\_press\\_and\\_communications/Publications/A\\_Chronology\\_of\\_State\\_Medicine.pdf](http://www.fphm.org.uk/publications_press_and_communications/Publications/A_Chronology_of_State_Medicine.pdf)  
(01.05.2003).

- WENZEL, E.R. (1994) – Conceptual issues in worksite health promotion. In CHU, C.; SIMPSON, R. (1994). 172-181. <http://www.idb.org/whpr.htm> (01.05.2003).
- WHITMER, R. W. (1995) – Health care cost. In KAMAN (1995) 79-95.
- WHO (1978) – Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) (10.05.2003).
- WHO (1984) – Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO (1988) – Health promotion for working populations: a report of a WHO expert committee. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO (1990) – Occupational health services: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization. (WHO Regional Publications, European Series, 26).
- WHO (1991) – Lifestyle and health risks at the workplace. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization. (European Occupational Health Series, 2).
- WHO (1991a) – Sundsvall Statement on Suortive Environments for Health. Geneva: WHO. WHO/HPR/HEP/95.3. <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/sundsvall.htm> (30.10.2001).
- WHO (1995) – Health promotion in the workplace: strategy options. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization. (European Occupational Health Series, 10).
- WHO (1997) – The role of occupational health services in the promotion of work ability and health : report on a WHO Consultation, Turku, Finland, 11-12 November 1996. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/EHPM 05 03 03. English only. Unedited).
- WHO (1997a) – Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1998) – Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/98.1). <http://www.wpro.who.int/hpr/docs/glossary.pdf> (15.05.2001).
- WHO (1999) – Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services. Bilthoven, Netherlands: WHO European Centre for Environment and Health (Health, Environment and Safety in Enterprises, 1).
- WHO (2001) – The role of the occupational health nurse in workplace health management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (EUR/01/5025463). <http://www.who.int/oeH/OCHweb/OCHweb/OSHpages/OSHDdocuments/ROs/EURO/Nursing.pdf> (01.05.2003).
- WHO; Health and Welfare Canada; Canadian Public Health Association (1986) – Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion, November 17-21, Ottawa, Ontario, Canada.
- WILBUR, C.S. (1983) – The Johnson & Johnson Program. **Preventive Medicine**. 12 (1983) 672-681.
- WILBUR, C.S.; GARDNER, D. (1984) – Marketing health to employees: the Johnson & Johnson Live for Life ® Program. In FREDERIKSEN, L.W.; SOLOMON, L.J.; BREHENY, K.A. ed. lit. (1984) – Marketing health behavior. New York: Plenum. 137-163.
- WILBUR, S.W; HARTWELL, T.D.; PISERCHIA, P.V. (1986) – The Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE ™ Program: its organization and evaluation plan. In CATALDO, M.F.; COATES, T.J. , ed. lit. (1986) – Health and industry: a behavioural medicine perspective. New York: John Wiley. 338-350.
- WILSON, N. (1994) – The economics of participation: an overview. **P + European Participation Monitor**. 9 (1994) 12-16.

WINTERSSBERGER (1985) – Work and health: some arguments for involving workers in the design of occupational health systems. In Bagnara et al. ed. lit. (1985) 15-27.

WITTE, K. (1993) – Managerial style and health promotion programs. **Social Science & Medecine**. 36:3 (1993) 227-235.

WOOD, S.J. (1991) – Post-Fordism and the Japanization of the labor process theory: Where goes the skilling debate ? In Enander, A. et al. ed. lit. (1991) – Work and Welfare: Papers from the Second Karlstad Symposium on Work, June 18-20, 1990. Karlstad, Sweden: University of Karlstad. 105-124.

WOODHAM-SMITH, C. (1951) – Florence Nightingale, 1820-1910: biography of English nurse of Crimean War fame. New York: McGraw.

WORKSHOP ON QUALITY MANAGEMENT IN WORKPLACE HEALTH PROMOTION, Erkner, November 27-29, 1996 (1997) – Quality management in workplace health promotion = Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung : conference proceedings = tagungsbericht. Bremerhaven : Wirtschaftsverlag NW. Verlag für neue Wissenschaft. ISBN 3-89701-018-6 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Tagungsbericht Tb 81).  
[Hrsg.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Bearb.: Marion Keup].

WYNNE, R. (1989) – Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. EF/WP/89/30/EN).

WYNNE, R. (1990) – Innovative workplace actions for health: an overview of the situation in seven EC countries. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. EF/WP/90/35/EN).

WYNNE, R. (1993) – Action for health at work: the next steps. Policy paper. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EF/93/19/EN).

WYNNE, R. (1994) – Workplace health promotion: a specification for training. Dublin European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/94/22/EN).

WYNNE, R. (1998) – A manual for training in workplace health promotion. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

WYNNE, R. (1998a) – What makes workplace health promotion work ? Findings from the European Foundation's research programme. In BREUCKER, G. et al. (1998). 15-25.

WYNNE, R.; CLARKIN, N. (1992) – Under construction: building for health at EC workplace. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

YOUNG, A. (1980) – The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. **Social Science & Medecine**. 14B (1980) 133-146.



## **Anexo A- Outras Figuras e Quadros**





Quadro II.4 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por sector de actividade (Continente, Dez. 1999/Jan 2000) (n=4252) (%)

CAE-Rev.2	Total	A/B	C	DA	DB/DC	DD	DE	DF/DG/DH
<b>Modalidade de serviços</b>								
Serv. medicina do trabalho	64.6	54.8	75.5	76.8	58.7	68.8	72.9	81.2
Internos	33.1	22.6	-	34.6	44.2	23.8	49.4	30.6
Externos/Interempresas	66.9	77.4	100.0	65.4	55.8	76.2	50.6	69.4
Serv. higiene e segurança	68.4	51.8	64.2	84.7	64.9	70.1	81.4	90.8
Internos	68.7	86.7	57.7	70.0	80.5	69.5	53.5	76.6
Externos/Interempresas	29.2	13.3	42.3	30.0	19.5	30.5	46.5	23.4

(Continua)

A= Agric., Prod. Animal, Caça e Silvicultura; B= Pesca; C= Indústrias Extractivas; DA= Ind. Alimentares, das Bebidas e do Tabaco; DB= Ind. Têxtil; DC= Ind. Couro e Produtos de Couro; DD= Ind. Madeira, Cortiça e Suas Obras; DE= Pasta, Papel e Cartão, e Seus Artigos; DF= Croque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear; DG= Produtos Químicos e Fibras Sintéticas e Artificiais; DH= Artigos de Borracha e de Matérias Plásticas

Fonte: DETEFP (2001)

Quadro II.4 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por sector de actividade (Continente, Dez. 1999/Jan 2000) (n=4252) (%) (Continuação)

CAE-Rev.2	Total	DI	DJ	DK	DL	DM	E	F	G
<b>Modalidade de serviços</b>									
Serv. medicina do trabalho	64.6	71.5	100.0	72.9	96.1	88.3	100.0	57.3	48.6
Internos	33.1	40.3	66.8	32.3	73.9	57.9	69.8	13.4	24.3
Externos/Interempresas	66.9	59.7	33.2	67.7	26.1	42.1	30.2	86.6	75.7
Serv. higiene e segurança	68.4	77.2	96.3	79.1	90.7	88.7	99.1	57.2	57.1
Internos	68.7	92.2	96.1	74.2	69.9	86.1	96.8	67.0	64.9
Externos/Interempresas	29.2	7.8	3.9	25.8	30.1	23.9	3.2	33.0	35.1

(Continua)

DI= Outros Minerais Não Metálicos; DJ= Ind. Metalúrgicas de Base e de Prod. Metálicos; DK= Máquinas e Equipamentos, n.e.; DL= Ind. Metalúrgicas de Base e de Prod. Metálicos; DL= Equipamento Eléctrico e de Óptica; DM= Material de Transporte; E= Prod. e Distr. de Electric., Gas e Água; F= Construção; G= Comércio por grosso e a retalho, Reparação de Veículos, Motociclos e Bens de Uso Pessoal e Doméstico

Fonte: DETEFP (2001)

Quadro II.4 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&amp;ST por sector de actividade (Continente, Dez. 1999/Jan 2000) (n=4252) (%) (Continuação)

CAE-Rev.2	Total	H	I	I	J	K	K	M/N/O
			(60/61/62/63)	(64)		(70/71)	(72/73/74)	
Modalidade de serviços								
Serv. medicina do trabalho	64.6	69.7	87.8	98.5	93.1	54.3	65.9	49.8
Internos	33.1	21.7	33.8	53.8	51.4	2.5	21.1	40.0
Externos/Interempresas	66.9	78.3	66.2	46.2	48.6	97.5	78.9	60.0
Serv. higiene e segurança	68.4	75.3	87.4	74.7	78.7	72.7	60.9	66.3
Internos	68.7	71.5	62.8	49.2	39.1	42.8	44.6	75.6
Externos/Interempresas	29.2	28.5	37.2	50.8	60.9	57.2	55.4	24.4

H= Alojamento e restauração (restaurantes e similares); I (60/61/62/63) = Transportes / Agências de viagens e turismo; I (64) = Correios e telecomunicações; J = Actividades financeiras; K (70/71) = Actividades imobiliárias / Aluguer de máquinas e equipamentos; K(72/73/74) = Actividades informáticas e conexas / Investimento e desenvolvimento / Outras actividades de serviços prestados às empresas; M/N/O = Educação / Saúde e acção social / Outras actividades de serviços colectivos, sociais e pessoais

Fonte: DETEFP (2001)

Quadro II. 7 – Grelha de avaliação de boas práticas no domínio da protecção e promoção da saúde no trabalho no trabalho (Graça, 1999e)

A		Estratégia e Política de Saúde da Empresa				
A1	A saúde faz parte integrante da filosofia de gestão e da cultura da empresa (por ex., consta da definição da missão, valores e objectivos na página da Internet)	1	2	3	4	5
A2	Há uma política de saúde escrita e assumida pela gestão de topo (a exemplo das demais políticas sectoriais como o ambiente, a qualidade, etc.)	1	2	3	4	5
A3	Foram afectados os necessários recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) para a execução da política de saúde (por ex., criação do serviço de SH&ST)	1	2	3	4	5
A4	A política de saúde tem um orçamento próprio ou está integrada num centro de custos podendo saber-se quanto é que quanto se gasta com a saúde e o bem-estar do pessoal	1	2	3	4	5
A5	A empresa conta com a colaboração de uma equipa de saúde pluridisciplinar e pluriprofissional (medicina e enfermagem do trabalho, serviço social, psicologia, etc.)	1	2	3	4	5
A6	Há uma boa articulação da saúde com as demais estruturas e processos da empresa (por ex., direcção de pessoal, formação, produção, qualidade, SH&ST, marketing)	1	2	3	4	5

(Continua)

Quadro II. 7 – (Cont.)

<b>B</b>		<b>Planeamento, implementação e avaliação da política de saúde</b>				
<b>B1</b>	Há uma comissão ou um grupo responsável pela execução da política de saúde, que inclui representantes da gestão e dos trabalhadores e que tem papéis definidos	1	2	3	4	5
<b>B2</b>	Utiliza-se a metodologia da gestão por programas ou projectos (por ex., planeamento, implementação, avaliação e acompanhamento do programa sobre o álcool)	1	2	3	4	5
<b>B3</b>	Há um plano detalhado de políticas, programas e actividades de saúde, com objectivos quantificados e exequíveis a atingir (por ex., redução em 1% do absentismo)	1	2	3	4	5
<b>B4</b>	O plano baseia-se na avaliação de necessidades de saúde e na exploração da informação existente (por ex., baixas por doença e acidente, exames médicos)	1	2	3	4	5
<b>B5</b>	O plano também tem em conta a opinião dos trabalhadores (v.g., necessidades sentidas, expectativas e preferências em matéria de saúde no local de trabalho)	1	2	3	4	5
<b>B6</b>	Há um bom plano de marketing e comunicação de modo a envolver todos os sectores da empresa nas várias fases do processo de PST (por ex., jornal da empresa, chefias directas)	1	2	3	4	5
<b>B7</b>	As políticas, programas e actividades de saúde são avaliadas e corrigidas periodicamente, com o envolvimento da gestão de topo e representantes do pessoal	1	2	3	4	5
<b>B8</b>	Há formação em SH&ST no trabalho envolvendo todo o pessoal (por ex., legislação, riscos profissionais, prestação de primeiros socorros, gestão do sistema de SH&ST)	1	2	3	4	5
<b>B9</b>	Há formação em PST envolvendo todo o pessoal (por ex., desenvolvimento de conhecimentos e competências, marketing em saúde, estilos de vida)	1	2	3	4	5
<b>B10</b>	O plano de saúde pressupõe uma abordagem integrada e global (por ex., medidas centradas no indivíduo e na organização, incluindo o ambiente físico e psicossocial de trabalho)	1	2	3	4	5

Quadro II. 7 – (Cont.)

C		Participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes				
C1	De um modo geral, há uma participação efectiva e concreta dos trabalhadores e/ou dos seus representantes na vida interna da empresa	1	2	3	4	5
C2	Os trabalhadores não são apenas informados como também consultados no que diz respeito ao planeamento e implementação da política de saúde	1	2	3	4	5
C3	Os trabalhadores (ou seus representantes) participam na negociação e decisão (por ex., aprovação do plano de saúde e relatório de actividades)	1	2	3	4	5
C4	A proporção de trabalhadores que participam em programas voluntários (álcool, droga, tabaco, exercício físico, cancro, etc.) é aceitável (em relação ao número de elegíveis) (*)	1	2	3	4	5
C5	Há garantias de qualidade, sigilo e comportamento ético por parte dos promotores de saúde em relação a todos e a cada um dos participantes	1	2	3	4	5

(\*) Por ex., cerca de 20% dos trabalhadores que fumam, participaram num programa sobre tabaco e saúde; cerca de 10% dos trabalhadores com excesso de peso fazem exercício físico regular

D		Resultados da política de saúde				
D1	É feita análise (periódica) de custo/benefício das políticas, programas e actividades de saúde (caso a caso ou globalmente)	1	2	3	4	5
D2	Conhece-se o impacto da política de saúde na qualidade dos produtos e serviços, na melhoria da imagem externa da empresa e na própria satisfação dos clientes	1	2	3	4	5
D3	Conhece-se o impacto da política de saúde na melhoria da saúde dos trabalhadores, na sua satisfação profissional e na sua qualidade de vida (incluindo os estilos de vida)	1	2	3	4	5
D4	Conhece-se o impacto da política de saúde na melhoria do clima organizacional, da organização do trabalho e das demais condições de trabalho	1	2	3	4	5
D5	Existe suficiente evidência empírica, baseada na avaliação e monitorização da política de saúde, sobre o seu impacto (positivo) nos resultados económicos da empresa	1	2	3	4	5
D6	A esta empresa é aplicável a expressão "Trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis" (que faz parte do logótipo da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho)	1	2	3	4	5

Escala

1	De modo nenhum aplicável/Totalmente falso	4	Em grande parte aplicável
2	Só em pequena parte aplicável	5	Totalmente aplicável/Totalmente verdadeiro
3	Em parte aplicável		

Taxa de sucesso: de 1 (=0.0%) a 5 (=100.0%)

(Continua)

Quadro II. 7 – (Cont.)  
Perfil da empresa (Taxa de sucesso)

	Dimensões (e nº de itens)	Nº de scores					Total	% sucesso
		1	2	3	4	5		
<b>A</b>	<b>Estratégia e política de saúde da empresa (n=6)</b>							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(c)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
<b>B</b>	<b>Planeamento, implementação e avaliação (n=10)</b>							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(d)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
<b>C</b>	<b>Participação e consulta dos trabalhadores (n=5)</b>							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(e)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
<b>D</b>	<b>Resultados da política de saúde (n=6)</b>							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(f)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	

Total (Dimensões A+B+C+D)	Nº de scores					Total	% sucesso
	1	2	3	4	5		
Total de scores (a)							
Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(g)
Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	

Observações:

(c) Total A a dividir por 6 (≤ 100%) (d) Total B a dividir por 10 (≤ 100%) (e) Total C a dividir por 5 (≤ 100%)

(f) Total D a dividir por 6 (≤ 100%) (g) Total (A+B+C+D) a dividir por 27 (≤ 100%)

Fonte: Parcialmente adapt. de European Network for Workplace Health Promotion (1999) – Healthy employees in healthy organizations  
good practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe: questionnaire for self-assessment. Essen Bkk  
<http://www.enwhp.org/home/pdf/questionnaire.pdf> (31.07.2003)

Quadro II.8 — Fases e objectivos do processo de promoção da saúde no trabalho (PST)

Fase do processo	Objectivo sumário
1. Marketing da PST	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar oportunidades e potenciais actores-chaves no local de trabalho relevantes para a PST</li> <li>Disseminar o conceito, os princípios e a metodologia da PST</li> <li>Criar interesse e empenhamento em relação à PST</li> </ul>
2 Criação de estruturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obter o apoio explícito e visível da administração/direcção e dos representantes dos trabalhadores</li> <li>Estabelecer um acordo estratégico em relação à PST</li> <li>Fazer a ligação às estruturas existentes (por ex., Serviço de SH&amp;ST, Comissão de SH&amp;ST, Direcção de Pessoal e Formação)</li> <li>Assegurar apoios e recursos (humanos, técnicos, financeiros)</li> <li>Criar uma equipa coordenadora, envolvendo a gestão de topo e os representantes dos trabalhadores</li> </ul>
3 Estudo das necessidades, expectativas e preferências da população-alvo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e avaliar as necessidades, as expectativas e as preferências da população em relação à PST (por ex., através de inquéritos por questionário ou de técnicas de grupo)</li> <li>Apresentar e discutir os principais resultados do estudo, com vista a assegurar não só um elevado nível de participação como obter um equilíbrio dinâmico entre necessidades de saúde objectivas e subjectivas</li> </ul>
4. Desenvolvimento de um plano de PST	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir os objectivos estratégicos do plano de PST</li> <li>Planear as actividades do programa em função das necessidades objectivas e expressas da população-alvo</li> <li>Identificar e mobilizar os recursos indispensáveis</li> <li>Atribuir responsabilidades e competências (quem faz o quê e como)</li> <li>Elaborar o cronograma do plano</li> <li>Definir critérios e indicadores de avaliação (estrutura, processo e resultados)</li> </ul>
5 Execução do plano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir as dificuldades de (ou os obstáculos à) implementação do plano</li> <li>Implementar as actividades ou os programas específicos</li> <li>Assegurar a participação efectiva e concreta dos trabalhadores e seus representantes bem como das chefias directas</li> </ul>
6. Avaliação do plano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar e analisar os indicadores de avaliação (por ex., taxa de participação, satisfação)</li> <li>Explorar e analisar os indicadores de resultado (por ex., custo/benefício, melhoria da saúde, mudança do clima organizacional)</li> </ul>
7. Correção do plano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reformular o plano em função do <i>feedback</i> obtido na fase anterior ou da percepção de novas necessidades, preferências e expectativas (Fase 3)</li> </ul>

Fonte: Graça (1998a:117 )

Quadro II.9 — Papéis funcionais a desempenhar no processo de PST

Papel	Perfil e requisitos
Especialista ( <i>Expert</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoia o processo de PST aplicando o seu conhecimento</li> <li>Tem uma formação mais baseada nas competências cognitivas ("knowledge") do que nas competências não-cognitivas ("skills").</li> <li>Faz uso do saber em domínios como a epidemiologia, a bioestatística, a recolha e a análise de informação, a medicina do trabalho, o comportamento organizacional, a metodologia de planeamento, a metodologia de avaliação, etc</li> <li>Pode ser desempenhado pelo médico do trabalho ou outro profissional de saúde com qualificação académica de nível superior (por ex., enfermeiro, técnico de serviço social, ergonomista, sociólogo, psicólogo)</li> <li>Dá sobretudo apoio técnico nas fases 1, 3, 4, 6 e 7</li> </ul>
Promotor ( <i>Advocate</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>A capacidade de persuasão é o seu principal trunfo</li> <li>Sabe defender a 'causa' da PST, usando uma linguagem clara, simples, prática e acessível a um população-alvo para quem é tanto o conceito como os princípios da promoção da saúde</li> <li>É o principal responsável pelo marketing e comunicação ao longo do processo de PST</li> <li>Intervém praticamente em quase todas as fases (1, 2, 3, 4, 5 e 7)</li> </ul>
Prestador ( <i>Deliverer</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Está estreitamente relacionado com o papel do Agente de mudança</li> <li>É uma figura-chave sobretudo na implementação das actividades específicas ou programas de PST, é — digamos — o rosto visível da PST</li> <li>Desempenha diferentes tarefas: por ex., faz formação sobre questões de saúde, coordena reuniões, faz a ligação com o exterior, presta assessoria</li> <li>Intervém nas fases 2, 3, 4, 5, 6 e 7</li> </ul>
Agente de mudança ( <i>Change facilitator</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>É uma figura central em todo o processo, já que um dos resultados esperados da PST é a mudança a nível quer individual (por ex., novos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos em relação à saúde, melhoria da saúde) quer organizacional (por ex., melhoria do ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde e bem-estar)</li> <li>Pode (e deve) ser desempenhado por um gestor de topo, pelo director de pessoal, por um especialista em comportamento organizacional (por ex., sociólogo, psicólogo, consultor externo). É menos provável que seja alguém da equipa de saúde</li> <li>Exerce a liderança estratégica do processo a partir da fase 2, até ao fim</li> </ul>
Participante ( <i>Participant</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>São os trabalhadores e seus representantes (por ex., representantes eleitos para a SH&amp;ST), desde os 'colarinhos brancos' aos 'colarinhos azuis'.</li> <li>Em Portugal, os trabalhadores desempenham tradicionalmente um papel muito limitado e sobretudo passiva, de acordo com a perspectiva <i>topdown</i> dos serviços de saúde ocupacional. Não são actores, apenas meros figurantes</li> <li>É desejável que, além da informação, o participante tenha também uma formação básica prévia em PST</li> <li>Espera-se que tenha um papel activo em quase todas as fases (2, 3, 4, 5, 6 e 7)</li> </ul>
Decisor ( <i>Decision maker</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>É, por excelência, um papel da administração/direcção ou dos seus representantes (por ex., director-geral, gerente, director de pessoal, director financeiro)</li> <li>Implica a tomada de decisões no que respeita à afectação de recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) e à integração das actividades de PST (e das suas implicações) na política e na gestão da organização (por ex., congruência da PST com a cultura e o clima organizacionais, reorientação dos serviços de SH&amp;ST)</li> <li>Intervém nas fases 2, 4, 5, 6 e 7</li> </ul>

Fonte: Graça (1998a: 118)

Quadro II.12 - Elegibilidade para os programas de promoção de saúde no local de trabalho: Trabalhadores a tempo inteiro e a tempo parcial, do sector privado, por agrupamento ocupacional (*National Compensation Survey, 2000*) (%)

Agrupamento ocupacional	Todos os grupos	Quadros sup. e dirigentes; Prof. cient. e técnicas; Téc. e prof. de nível intermédio (a)	Pessoal administ. e similares; Pessoal dos serviços e vendedores (b)	Colarinhos azuis; Trab. serviços pessoais, soc. e colect. (c)
Benefício e tipo de emprego				
Trabalhadores a tempo inteiro e tempo parcial (Nº estimado em milhares)	107 538	22 591	31 355	53 592
Wellness programs (%)	18	35	17	11
Fitness centers (%)	9	19	10	4
Trabalhadores a tempo inteiro (Nº estimado em milhares)	85 940	20 139	23 915	41 885
Wellness programs (%)	21	37	19	13
Fitness centers (%)	10	20	11	5
Trabalhadores a tempo parcial (Nº estimado em milhares)	21 598	2452	7440	11706
Wellness programs (%)	7	17	8	4
Fitness centers (%)	5	12	6	3

(a) Professional, technical and related employees; (b) Clerical and sales employees; (c) Blue-collar and service employees

Fonte: Adapt. de U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2003)

Quadro II.22 — Autopercepção do estado de saúde da população de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade, por tipo de funções (Continente, 1998/99) (n=11223) (%)

Tipo de funções	Colarinho branco	Colarinho azul
Estado de saúde		
Muito bom / Bom	53.1	35.9
Razoável	39.9	46.6
Mau / Muito mau	7.0	17.4
Total	N=5131	N=6092

p < .001

Fonte: Portugal: INSA, Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, Graça (2002b)



Quadro II 23 — Trabalhadores activos inquiridos, de 15 ou mais anos de idade, que referiram incapacidade temporária por doença nas duas últimas semanas anteriores à inquirição por principais causas de doença e tipo de trabalho (Continente, 1998/1999) (n=2119) (%)

Causa (Classificação Internacional das Doenças – CID 9)	Tipo de trabalho	Colarinho branco	Colarinho azul
8. Doenças do Aparelho Respiratório		25.8	19.7
13. Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo		16.3	23.3
16. Sintomas, Sinais e Afeções Mal Definidas		12.2	13.5
9. Doenças do Aparelho Digestivo		8.3	10.1
7. Doenças do Aparelho Circulatório		5.5	6.8
17. Lesões e Envenenamentos		3.9	6.8
2. Transtornos Mentais		7.5	3.6
6. Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos		6.5	3.6
10. Doenças do Aparelho Geniturinário		4.6	3.6
3. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metab. e Transt. Imunitários		2.6	2.7
12. Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo		1.9	2.2
2. Neoplasias		2.0	1.7
Outras doenças		2.9	2.4
Total		N=743	N=1376

Fonte: Portugal. INSA. Inquérito Nacional de Saúde, 1998/99; Graça (2002b)

Quadro II 24 — Beneficiários da Segurança Social com processamento do subsídio por doença (excepto tuberculose), por ano e sector de actividade (1990-1998) (%)

Ano	1990	1996	1997	1998	Diferenças 1998/1990
Sector de actividade					
Agricultura, silvicultura, caça e pescas	5.1	2.8	2.8	2.6	-2.5
Indústrias extractivas	0.6	0.6	0.8	1.0	+ 0.4
Indústrias transformadoras	24.8	28.9	29.7	29.0	+ 4.2
Electricidade, gás e água	0.9	0.6	0.7	0.8	- 0.1
Construção e obras públicas	4.0	5.5	5.9	6.3	+ 2.3
Comércio grosso e retalho	13.1	18.7	18.5	18.4	+ 5.3
Transportes, armazenagem e comunicações	3.7	2.9	2.9	2.9	- 0.8
Banca, seguros e outras instituições financeiras	1.8	4.1	5.7	5.7	+ 3.9
Serviços prestados à colectividade, serviços pessoais e serviços sociais	7.2	11.8	12.6	13.4	+ 6.2
Actividades mal definidas	39.0	24.0	20.5	19.8	-19.2
Total	N=799016	N=706412h	N=696766	N=645988	-153028

Quadro II.27 — Taxa de absentismo global e específica por sector de actividade (1996-1998) (%)

CAE - Rev 2	Taxa de absentismo Sector económico / Ano	Global	Específica	
			Acidente	Doença
A/B	Primário			
	1996 (n=3673)	8.8	0.9	4.6
	1997 (n=3541)	7.3	0.8	4.3
	1998 (n=3680)	8.6	0.8	4.5
C/F	Secundário			
	1996 (n=407178)	8.7	0.7	4.5
	1997 (n=408972)	8.9	0.7	4.6
	1998 (n=386079)	8.6	0.6	4.5
G/O	Terciário			
	1996 (n=346439)	6.7	0.4	3.7
	1997 (n=383866)	6.6	0.4	3.5
	1998 (n=387439)	6.7	0.4	3.5
A/O	Total			
	1996 (n=757290)	7.8	0.6	4.2
	1997 (n=796379)	7.8	0.5	4.1
	1998 (n=777198)	7.7	0.5	4.1

Fonte: Adapt. de Ministério do Trabalho e da Solidariedade (Estatísticas. Balanço Social 1996, 1997 e 1998); Graça (2002b)

Quadro III 6 – Operacionalização das variáveis independentes características sociodemográficas e técnico-organizacionais da empresa

Variáveis independentes	Tipo de variável	Categoria ou valor
<b>Sociodemografia da empresa</b>		
Dimensão 1 (volume de emprego)	Dicotómica	GE, PME
Dimensão 2 (volume de negócio)	Dicotómica	GE, PME
Sector económico	Dicotómica	Produção, Serviços
Principal agrupamento de actividade	Nominal	I, II, III, IV
Região da sede (NUT II)	Dicotómica	RLVT, Resto do País
Antiguidade 1	Dicotómica	Antes e depois de 1974
Exportação	Dicotómica	Sim, Não
Controlo accionista privado	Dicotómica	Sim, Não
Multinacional	Dicotómica	Sim, Não
Cargo ou função do respondente	Dicotómica	Administração/direcção ou outro
% Mulheres	Razão	≥ 0
% Colarinhos azuis	Razão	≥ 0
% C/ escolaridade ≤ 9 anos	Razão	≥ 0
% C/ idade ≥ 40 anos	Razão	≥ 0
Taxa de sindicalização	Razão	≥ 0
<b>Características técnico-organizacionais</b>		
Índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho	Razão	≥ 0
Índice médio de integração do sistema de gestão da SH&ST	Razão	≥ 0
Índice de modernização tecnológica	Razão	≥ 0
Índice de qualificação	Razão	≥ 0
Modernização: Perfil 1 (a)	Dicotómica	Sim, Não
Modernização: Perfil 2 (b)	Dicotómica	Sim, Não
Melhor e Maior Empresa (de acordo com a lista da <i>Exame/97</i> )	Dicotómica	Sim, Não
Certificação da qualidade	Dicotómica	Sim, Não
Serviço de SH&ST 1 (Existência)	Dicotómica	Sim, Não
Serviço de SH&ST 2 (Modalidade)	Dicotómica	Interno, Externo
Índice de SH&ST	Razão	≥ 0
Prioridade da saúde 1 (actual)	Intervalo	1-7
Prioridade da saúde 2 (futura)	Intervalo	1-7
Atitude proactiva	Dicotómica	Sim, Não
Política de saúde integrada	Dicotómica	Sim, Não
Participação 1	Dicotómica	Sim, Não
Participação 2 (Formas)	Nominal	Tipo I, II, III, IV
Participação 3 (Nível)	Dicotómica	Cooperação, Co-determinação
Participação 4 (Importância)	Intervalo	1-7

(a) Objectivos do investimento: Expansão + melhoria das condições de trabalho (b) Objectivos do investimento: Racionalização e/ou substituição + melhoria das condições de trabalho

Quadro III. 7 – Operacionalização das demais variáveis independentes: riscos e factores de risco e prompting factors

Variáveis independentes	Tipo de variável	Categoria ou valor
<b>Riscos e factores de risco</b>		
Taxa de absentismo (1995) (B2.1)	Razão	- 0
Taxa de absentismo (1996) (B2.2)	Razão	- 0
Taxa de absentismo aceitável (B2.3)	Razão	- 0
Acidentes e lesões (B3.1)	Dicotómica	Sim, Não
Doenças do sistema osteomuscular (B3.2)	Dicotómica	Sim, Não
Uso indevido da baixa por doença (B3.3)	Dicotómica	Sim, Não
Doenças do sistema respiratório (B3.4)	Dicotómica	Sim, Não
Stresse (B3.5)	Dicotómica	Sim, Não
Doenças do foro psiquiátrico (B3.6)	Dicotómica	Sim, Não
Principal natureza dos riscos (B5)	Dicotómica	Física, Psicossocial
<b>Prompting factors (D1)</b>		
Produtividade, qualidade e/ou competitividade	Dicotómica	Sim, Não
Absentismo 1	Dicotómica	Sim, Não
Absentismo 2 (doença + acidentes)	Dicotómica	Sim, Não
Filosofia de gestão / cultura da empresa	Dicotómica	Sim, Não
Normativo legal e convencional	Dicotómica	Sim, Não
Melhoria da saúde dos trabalhadores	Dicotómica	Sim, Não
Clima organizacional	Dicotómica	Sim, Não
Imagem externa / prestígio	Dicotómica	Sim, Não
Custos com pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Rotação de pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Reestruturação da empresa	Dicotómica	Sim, Não

Quadro III. 8 – Operacionalização das demais variáveis independentes: obstáculos e factores facilitadores

Variáveis independentes	Tipo de variável	Categoria ou valor
<b>Obstáculos (D4)</b>		
Falta empenho pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Falta de tempo	Dicotómica	Sim, Não
Problemas de articulação/comunicação	Dicotómica	Sim, Não
Dificuldades de financiamento	Dicotómica	Sim, Não
Falta de especialistas	Dicotómica	Sim, Não
Conflito c/ a produção	Dicotómica	Sim, Não
Falta de apoio externo	Dicotómica	Sim, Não
Falta de empenho da administração/direcção	Dicotómica	Sim, Não
Falta de equipamentos/ instalações	Dicotómica	Sim, Não
Falta de enquadramento legal	Dicotómica	Sim, Não
Falta de empenho dos serviços de SH&ST	Dicotómica	Sim, Não
Conflito c/ representantes do pessoal	Dicotómica	Sim, Não
<b>Factores facilitadores (D5)</b>		
Empenho estrutura hierárquica	Dicotómica	Sim, Não
Cultura organizacional	Dicotómica	Sim, Não
Responsabilidade social	Dicotómica	Sim, Não
Empenho da administração / direcção	Dicotómica	Sim, Não
Política e/ou orçamento de SH&ST	Dicotómica	Sim, Não
Serviço interno de SH&ST	Dicotómica	Sim, Não
Participação do pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Empenho medido do trabalho	Dicotómica	Sim, Não
Empenho das chefias directas	Dicotómica	Sim, Não
Orçamento específico de SH&ST	Dicotómica	Sim, Não
Política escrita ou explícita de SH&ST	Dicotómica	Sim, Não
Empenho do DRH	Dicotómica	Sim, Não
Análise de custo/benefício	Dicotómica	Sim, Não
Informação s/ absentismo	Dicotómica	Sim, Não
Informação s/ custos qualidade	Dicotómica	Sim, Não
Equipa de saúde ocupacional	Dicotómica	Sim, Não
Empenho do director produção	Dicotómica	Sim, Não
Exemplos noutras empresas	Dicotómica	Sim, Não

Quadro III. 9 - Operacionalização das variáveis dependentes: prevalência de actividades de saúde, número de actividades de saúde, índice de realização, índice de saúde, participação

Variáveis dependentes	Tipo de variável	Categoria ou valor
<b>Prevalência de actividades de saúde</b>		
A - Higiene segurança no trabalho	Dicotómica	Sim, Não
B - Vigilância de saúde	Dicotómica	Sim, Não
C - Estilos de vida	Dicotómica	Sim, Não
D - Intervenções organizacionais	Dicotómica	Sim, Não
E - Bem-estar	Dicotómica	Sim, Não
<b>Nº de actividades de saúde</b>		
A - Higiene segurança no trabalho	Intervalo	0-16
B - Vigilância de saúde	Intervalo	0-11
C - Estilos de vida	Intervalo	0-11
D - Intervenções organizacionais	Intervalo	0-12
E - Bem-estar	Intervalo	0-11
Total	Intervalo	0-61
<b>Índice de realização</b>		
A - Higiene segurança no trabalho	Razão	0-1
B - Vigilância de saúde	Razão	0-1
C - Estilos de vida	Razão	0-1
D - Intervenções organizacionais	Razão	0-1
E - Bem-estar	Razão	0-1
Total	Razão	0-1
<b>Índice de saúde</b>		
A - Higiene segurança no trabalho	Razão	0-1
B - Vigilância de saúde	Razão	0-1
C - Estilos de vida	Razão	0-1
D - Intervenções organizacionais	Razão	0-1
E - Bem-estar	Razão	0-1
Total	Razão	0-1
<b>Grau de participação</b>		
Administração/direcção	Intervalo	1-5
Director de pessoal	Intervalo	1-5
Médico do trabalho	Intervalo	1-5
Técnico de higiene e segurança	Intervalo	1-5
Equipa de saúde	Intervalo	1-5
Comissão de SH&ST	Intervalo	1-5
Trabalhadores 1 (Planeamento)	Razão	0-1
Trabalhadores 2 (Implementação)	Razão	0-1

Quadro III. 10 - Operacionalização das variáveis dependentes: principais benefícios

Variáveis dependentes	Tipo de variável	Categoria ou valor
Principais benefícios		
Saúde do pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Ambiente de trabalho	Dicotómica	Sim, Não
Produtividade, qualidade, competitividade	Dicotómica	Sim, Não
Absentismo	Dicotómica	Sim, Não
Acidentes	Dicotómica	Sim, Não
Motivação e satisfação	Dicotómica	Sim, Não
Legislação	Dicotómica	Sim, Não
Clima organizacional	Dicotómica	Sim, Não
Custos c/ pessoal	Dicotómica	Sim, Não
Imagem externa	Dicotómica	Sim, Não
Participação	Dicotómica	Sim, Não

Quadro III.10— Portugal: População, emprego e desemprego, por género (1998)

Indicador	Género	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (a)
População total (100%)		51.9	48.1	9 967.8
População activa (50%)		45.1	54.9	4 986.8
População empregada (47.5%)		44.5	55.5	4 738.8
Agricultura, Silvicultura e Pescas (13.5%)		49.9	50.1	639.5
Indústria, Construção, Energia e Água (35.7%)		30.7	69.3	1 694.7
Serviços (50.7%)		52.9	47.1	2 404.6
Taxa de desemprego (%)		6.2	3.9	5.0

Unidade: Mil Fonte: Portugal. INE (1999: 69)

Quadro III.11 — Portugal: População, emprego e desemprego, por região (1998) (%)

Região (NUT II)	LVT	NOR	CEN	ALE	ALG	MAD	AÇO	Total (a)
Indicador								
População total	33.3	35.8	17.2	5.1	3.5	2.6	2.5	9 967.8
População activa	32.8	36.2	18.8	4.6	3.3	2.4	2.0	4 986.8
População empregada	32.4	36.2	19.2	4.4	3.3	2.5	2.0	4 738.8

(a) Unidade: Milhar Fonte: Portugal. INE (1999: 70)

Quadro III.12 — Distribuição das empresas, societárias e não societárias, segundo a dimensão (FCEE, 1997)

Dimensão	Empresas em nome individual	%	Empresas Societárias	%	Total	%
0-4	776.125	97.8	170.481	67.7	946.606	90.6
5-9	13.392	1.7	41.523	16.5	54.915	5.3
10-19	3.139	0.4	21.378	8.5	24.517	2.3
20-49	655	0.1	12.064	4.8	12.719	1.2
50-249	77	0.01	5.599	2.2	5.676	0.5
≥250	1	0.0001	781	0.3	782	0.1
Total	793.389	100.0	251.826	100.0	1.045.215	100.0

Fonte: Portugal INE, Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos (1997) (cit. por Guerreiro *et al.*, 2000)

Quadro III.13 — Volume de emprego segundo a dimensão e a natureza jurídica das empresas (FCEE, 1997)

imensão	Empresas em nome individual	%	Empresas societárias	%	Total	%
0-4	310.087	67.7	281.159	12.0	591.246	21.2
5-9	83.620	18.3	269.348	11.5	352.968	12.6
10-19	393.707	86.0	550.507	23.5	944.214	33.8
20-49	40.269	8.8	286.012	12.2	326.281	11.7
50-249	17.821	3.9	366.041	15.7	383.862	13.7
≥250	58.090	12.7	652.053	27.9	710.143	25.4
	5.976	1.3	538.244	23.0	544.220	19.5
	(a)	(a)	595.062	25.5	595.062	21.3
Total	457.773	100.0	2.335.866	100.0	2.793.639	100.0

Fonte: Portugal INE, Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos (1997) (cit. por Guerreiro *et al.*, 2000) (a) Dado confidencial



Quadro III 19 — Repartição do número de empresas e volume de emprego, de capital social e de vendas por agrupamento de actividade económica (Ficheiro D&B, 1996)

<i>Agrupamento de actividade económica (a)</i>	Nº	%	Vol. de emprego	%	Vol. de capital social (b)	Vol. de vendas (b)
1. Agricultura, Silvicultura e Caça (A) Pescas (B)	23	1.1	4756	0.6	35	105
2. Indústrias Extractivas (C) Electricidade, Gás e Água (E) Metalurgia de Base e Produtos Metálicos (DJ) Minerais Não-Metálicos (DH/DI) Química e afins (DF/DG)	264	12.7	94913	11.3	1124	3030
3. Máquinas e equipamentos, n.e. (DK) Material Eléctrico e de Precisão (DL) Equipamento de Transporte (DM)	125	6.0	71806	8.5	221	1288
4. Produtos Não-Metálicos (DA/DE) Outras Indústrias Transformadoras (DN)	594	28.7	181473	21.6	701	2605
5. Construção (F)	150	7.2	56178	6.7	180	872
6. Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G) Alojamento e Restauração (H)	478	23.1	109990	13.1	350	3273
7. Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	93	4.5	100236	11.9	604	1140
8. Actividades Financeiras (J) Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prestados às Empresas (K)	245	11.8	195243	23.2	3753	33854
9. Administ. Pública (L) Educação (M) Saúde e Acção Social (N) Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q)	100	4.8	26241	3.1	28	116
<i>Total (b)</i>	2072	100.0	840836	100.0	6996	46283

(a) Entre parêntesis, o código de CAE-Rev 2 (b) Em milhões de contos

Quadro III 22 — Repartição do nº de cargos ou funções executivas (D&B, 1996) (n=2072)

Função executiva	Cargo	Nº	%
1	Director Geral	997	48.1
2	Director Financeiro	1462	70.6
3	Director de Produção/Operações	823	39.7
4	Director Comercial/Vendas	945	45.6

Quadro III.31— Repartição do número de empresas e volume de emprego, por agrupamento de actividade económica

Agrupamento de actividade económica (a)	Nº	%	Volume de emprego	%
1. Agricultura, Silvicultura e Caça (A) Pescas (B)	2	0.8	357	0.2
2. Indústrias Extractivas (C). Electricidade, Gás e Água (E) Metalurgia de Base e Produtos Metálicos (DJ). Minerais Não-Metálicos (DH/DI). Química e afins (DF/DG)	50	19.3	40923	22.5
3. Metalomecânica (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL) Equipamento de Transporte (DM)	24	9.3	19904	10.9
4. Produtos Não-Metálicos (DA/DE) Outras Indústrias Transformadoras (DN)	57	22.0	31566	17.4
5. Construção (F)	16	6.2	10567	5.8
6. Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H)	48	18.5	18612	10.4
7. Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	14	5.4	29833	16.4
8. Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prestados às Empresas (K)	31	12.0	17762	9.7
9. Administ. Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q)	17	6.5	12289	6.7
Total	259	100.0	181813	100.0

(a) Entre parêntesis, o código de CAE-Rev.2.

Quadro III.33— Repartição do nº de empresas, por agrupamento de actividade económica (4 categorias)

Casos	Observados	Esperados	Residual
Agrupamento de actividade económica (4 categorias)	(N)	(N)	(O-E)
I. Agricultura, Indústria Pesada, Indústria Química e afins, Energia, Construção	76	60.8	15.2
II. Indústria Ligeira	73	83.3	-10.3
III. Comércio, Turismo e Transportes	62	71.1	-9.1
IV. Outros Serviços	48	43.8	4.2
Total	259	259	

n.s. p > .05

Quadro IV.1- Medidas da tendência central para a integração do sistema de gestão da SH&ST (n=259)

Atributo	Mé- dia	Interv. conf. 95%	d.p.	Medi- ana	Mín.	Max.	Coef. enviesa- mento	Coef. curtose	Teste de normalidade
'Score' global	9.6	9.2 - 9.9	2.9	10.0	1.0	15.0	-3.0	-1.3	p < .001
Índice	64	62 /- 66	19	67	.07	1.00	-3.0	-1.3	p < .001

Quadro A7.1 —Taxa de sindicalização, por agrupamento de actividade económica (a) (n=257)

Taxa média de sindicalização (%)	Empresa	Nº de casos válidos (b)	População	Vº de casos válidos (c)
<b>Agrupamento de actividade económica (a)</b>				
2. Indústrias Extractivas (C). Electricidade, Gás e Água (E). Metalurgia de Base (DJ). Minerais Não-Metálicos (DH/DI). Química e afins (DF/DG)	53.2	39	73.0	38
3. Metalomecânica (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL). Equipamento de Transporte (DM)	39.4	16	33.7	14
4. Produtos Não-Metálicos (DA/DE). Outras Indústrias Transformadoras (DN)	38.8	39	47.9	31
5. Construção (F)	17.0	11	18.7	7
6. Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H)	25.7	31	36.7	24
7. Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	70.7	9	84.3	9
8. Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prestados às Empresas (K)	24.6	24	51.8	18
9. Administ. Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Colect., Sociais e Pessoais (O/Q)	31.7	12	32.9	11
<i>Total</i>	37.6	181	54.9	152

(a) Excluindo o agrupamento 1 (Agricultura e pescas) (n=2) (b) Incluindo os casos com taxas iguais a zero (n=29) (c) Excluindo os casos com taxas iguais a zero (n=29)

Quadro A8.2 — Repartição do nº de empresas e volume de emprego, por agrupamento de actividade económica

Agrupamento de actividade económica (a)	Nº	%	Volume de emprego	%
1 Agricultura, Silvicultura e Caça (A). Pescas (B)	2	0.8	357	0.2
2 Indúst. Extract. (C). Electric., Gás e Água (E). Metalurg., Base e Produt. Metálic. (DJ). Minerais Não-Metálic. (DH/DI). Química e afins. (DF/DG)	50	19.3	40923	22.5
3 Metalomecânica (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL). Equipamento de Transporte (DM)	24	9.3	19904	10.9
4 Produtos Não-Metálicos (DA/DE). Outras Indústrias Transformadoras (DN)	57	22.0	31566	17.4
5 Construção (F)	16	6.2	10567	5.8
6 Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H)	48	18.5	18612	10.4
7 Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	14	5.4	29833	16.4
8 Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serviços Prestados às Empresas (K)	31	12.0	17762	9.7
9 Administ. Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q)	17	6.5	12289	6.7
Total	259	100.0	181813	100.0

(a) Entre parêntesis, o código de CAE-Rev.2

Quadro A8.5— Repartição do nº de empresas, por agrupamento de actividade económica (4 categorias)

Agrupamento de actividade económica (a)	Nº	%
1. Agricultura, Indústria Pesada, Indústria Química e afins, Energia, Construção	76	29.3
Agricultura, Silvicultura e Caça (A)	1	.4
Pescas (B)	1	.4
Indústrias Extractivas (C)	1	.4
Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF)	1	.4
Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG)	12	4.6
Outros minerais não metálicos (DI)	14	5.4
Metalurgia de Base e Produtos Metálicos (DJ)	11	4.2
Máquinas e equipamentos, n.e. (DK)	5	1.9
Equipamento de Transporte (DM)	9	3.5
Electricidade, gás e água (E)	5	1.9
Construção (F)	16	6.2
2. Indústria Ligeira (excepto Indústria Química e afins)	73	28.2
Indústrias alimentares, das bebidas e do tabaco (DA)	18	7.0
Indústria têxtil (DB)	15	5.8
Indústria do couro e dos produtos de couro (DC)	4	1.5
Indústrias da madeira, cortiça e suas obras (DD)	7	2.7
Pasta, Papel e Cartão, e Seus Artigos, Edição e Impressão (DE)	12	4.6
Artigos de Borracha e de Matérias Plásticas (DH)	4	1.5
Material Eléctrico e de Precisão (DL)	12	4.6
Indústrias transformadoras, n.e. (DN)	1	.4
3. Comércio, Turismo e Transportes	62	23.9
Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G)	38	14.7
Alojamento e Restauração (H)	10	3.9
Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	14	5.4
4. Outros Serviços	48	18.5
Actividades financeiras (J)	8	3.1
Actividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas (K)	23	8.9
Administração pública, defesa e segurança social obrigatória (L)	6	2.3
Educação (M)	2	.8
Saúde e acção social (N)	5	1.9
Outras actividades de serviços colectivos, sociais e pessoais (O)	4	1.5
Total	259	100.0

(a) Entre parêntesis, o código de CAE-Rev.2

Quadro A12.1 – Nº de respondentes à questão sobre a análise de tipo SWOT (a) (n=259)

Item	Nº	%
Nº de respostas completas (4) à P.A12	137	52.9
Principal ponto forte	177	68.3
Principal ponto fraco	161	62.2
Principal oportunidade	161	62.2
Principal ameaça	175	67.6
Aplicável à empresa (P.A13)	184	71.0

(a) SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)

Quadro B1.3— Modalidade adoptada de Serviço de SH&ST e agrupamento de actividade económica (n=247) (%)

Agrupamento de actividade económica Modalidade de serviço de SH&ST	I. Ind. Pesada, Energia, Cons- trução (a)	II. Indústria Ligeira	III. Comércio, Turismo, Transportes	IV. Outros Serviços
Interno	59.2	70.4	35.6	48.2
Externo	40.8	29.6	64.4	51.2
Total	N=76	N=71	N=59	N=41

Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Máquinas e equipamentos, n.e. (DK), Material de transporte (DM)

p=.001

Quadro B1. 8 — Composição e perfil dos serviços de SH&ST em função das especialidades/profissões e sua distribuição por modalidade de organização e funcionamento (n=246)

Perfil	Especialidade/Profissão						Modalidade		Total	% Total
	MT	MFCG	ENF	TS&HT	OEM	OPS	Ext	Int		
VI	•	•	•	•	•	•	6	10	16	
Va	•	•	•	•	•		1	6	7	
Vb	•	•	•	•		•	0	1	1	
Vc	•	•	•		•	•	1	3	4	
Vd	•	•		•	•	•	0	1	1	
	29	29	28	25	28	22				
						Subtotal	8	21	29	11.7
IVa	•	•	•	•			6	21	27	
IVb	•	•	•		•		2	4	6	
IVc	•	•	•			•	0	1	1	
IVd	•	•		•	•		1	2	3	
IVe	•	•		•		•	0	1	1	
IVf	•	•			•	•	1	0	1	
IVg	•		•	•		•	1	1	2	
IVh	•		•	•	•		1	1	2	
	43	39	38	35	12	5				
						Subtotal	12	31	43	17.4
IIIa	•	•	•				4	14	18	
IIIb	•	•		•			10	11	21	
IIIc	•	•			•		1	2	3	
IIId	•		•	•			4	7	11	
IIIe	•		•			•	1	0	1	
IIIf	•		•		•		0	1	1	
IIIg	•			•		•	1	1	2	
IIIfh	•			•	•		1	0	1	
	58	42	31	35	5	3				
						Subtotal	22	36	58	23.5
IIa	•	•					17	16	33	
IIb	•		•				2	5	7	
IIc	•			•			13	12	25	
	65	33	7	25	0	0				
						Subtotal	32	33	65	26.3
I	•						33	15	48	
	48	0	0	0	0	0				
						Subtotal	33	15	48	19.4
Total	243	143	104	120	45	30				
						Total	107	136	243	98.4
N/R	4			57			4		4	1.6
Cont.	247	143	104	177	45	30	111	136	247	100.0

MT=Medicina do trabalho MFCG=Medicina familiar e de clínica geral ENF= Enfermagem TS&HT= Técnico ou especialista de Segurança e Higiene do Trabalho OEM=Outras especialidades médicas OPS=Outras profissões de saúde N/R= Não respondeu Cont = Soma de controlo Ext=Serviço Externo Int=Serviço Interno

Quadro B2. 1 — Medidas de tendência central dos valores da taxa de absentismo

Medida Ano	Média	Inter.conf. a 95%	Trimédia a 5%	Medi- ana	Variân- cia	d.p.	Mín./Max.	Kolmogorov- Smirnov	Nº casos
1995	6.2	5.8 - 6.6	6.0	5.7	8.9	3.4	0.6/17.0	p= .000	213 (*)
1996	6.0	5.6 - 6.4	5.8	5.6	8.8	3.0	0.7/18.0	p= .000	218 (*)
Aceitável	4.0	3.7 - 4.3	3.9	4.0	4.6	2.1	0.0/10.0	p= .000	169 (**)

(\*) Excluindo 3 outliers severos ( taxa ≥ 20.00) (\*\*) Excluindo um outlier severo (taxa =15.00)

Quadro B2.2 — Taxa de absentismo por agrupamento de actividade económica (%)

Agrupamento de actividade económica Ano (nº de casos)	I. Ind. Pesada. Energia. Cons- trução (a)	II. Indústria Ligeira	III. Comércio, Turismo, Transportes	IV. Outros Serviços
1995 (n=213) (*)	6.3	7.0	5.7	4.8
1996 (n=218) (**)	6.2	6.9	5.1	4.9
Aceitável (n= 169) (***)	4.0	4.3	4.1	3.0

Inclui: Agricultura (A), Pescas (B), Indústrias Extractivas (C), Indústrias Metalúrgicas de Base e de Produtos Metálicos (DJ), Coque, Produtos Petrolíferos Refinados e Combustível Nuclear (DF), Produtos Químicos e Fibras Sintéticas ou Artificiais (DG), Máquinas e equipamentos, n.e. (DK), Material de transporte (DM)

(\*) p < 0.1 (\*\*) p= .001 (\*\*\*) p < .05

Quadro B2.3— Taxa de absentismo em 1996 e taxa de absentismo aceitável por agrupamento de actividade principal (n=163)

Agrupamento de actividade principal (a)	Ano	1996 (1)	Aceitável (2)	Diferença (2-1)
2 Indústrias Extractivas (C). Electricidade, Gás e Água (E). Metalurgia de Base e Prod. Metálicos (DJ). Minerais Não-Metálicos (DH/DI). Química e afins (DF/DG) (n=37)		6.1	3.8	-2.3 (*)
3 Máquinas e Equipamentos, n.e. (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL). Equipamento de Transporte (DM) (n=19)		6.0	2.0	-2.0 (*)
4 Produtos Não-Metálicos (DA/DE). Outras Indústrias Transformadoras (DN) (n=38)		6.8	4.5	-2.3 (*)
5 Construção Civil e Obras Públicas (F) (n=7)		6.9	4.3	-2.6 (***)
6 Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H) (n=30)		5.1	3.8	-1.3 (*)
7 Transportes, Armazenagem e Comunicações (I) (n=7)		5.7	4.8	-0.9 (n.s.)
8 Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serviços Prestados às Empresas (K) (n=19)		4.2	2.7	-1.5 (**)
9 Administ. Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q) (n=5)		4.9	3.1	-1.8 (n.s.)
Total (n=163)		5.8	3.9	-1.9 (*)

(a) Entre parêntesis, o CAE-1973 e CAE-Rev. a um ou dois dígitos. Excluídos o Agrupamento 1 (n=2) e os casos com outliers severos (n=3) \* p= .000 \*\* p < .01 \*\*\* p < .05



Quadro C1E. 1 — Actividades e Programas Sociais e de Bem-Estar por dimensão da empresa (volume de emprego) (n=259) (%)

Dimensão da empresa (volume de emprego)	GE ( $\geq 250$ ) (n=147)	PME (< 250) (n=112)	p	phi
Políticas/Programas/Actividades de tipo E				
Instalações para o pessoal	81.6	67.0	.01	.17
Actividades recreativas e culturais	70.1	50.0	< .01	.20
Protecção social complementar	56.5	46.4	n.s.	
Boletim/jornal da empresa	57.1	26.8	.000	.30
Transportes	38.1	21.4	< .01	.18
Infra-estruturas p/ a prática de actividade física	24.5	11.6	< .05	.16
Aconselhamento psicológico/Assistência sociofamiliar	12.9	5.4	n.s.	
Outras formas de acção social complementar	15.0	1.8	.001	.23
Formação/treino em gestão do stress	11.6	4.5	n.s.	
Programas de assistência não-clínica / Grupos de auto-ajuda	2.1	0.9	n.s.	

Quadro C1.1 – N° médio de actividades de saúde e Índice de realização por tipologia

Tipologia	A	B	C	D	E	Total
Indicador						
N° médio de actividades	7.3	4.2	2.6	2.8	3.1	20.2
Min -Max	0-15	0-11	0-10	0-11	0-10	1-51
d.p.	3.8	2.6	2.3	2.4	1.9	10.6
Índice de realização	0.456	0.400	0.237	0.234	0.286	0.332
Min -Max	0.0-93.7	0.0-100.0	0.0-90.9	0.0-91.7	0.0-90.9	1.6-83.6
d.p.	24.0	23.9	21.1	19.7	17.2	17.4

Quadro C1.2 — N° total médio de actividades por agrupamento de actividade económica (n=257)

Agrupamento de actividade económica (a)	Tipologia	A	B	C	D	E	Total
2. Indústrias Extractivas (C). Electricidade, Gás e Água (E). Metalurgia de Base e Produtos Metálicos (DJ). Minerais Não-Metálicos (DH/DI). Química e afins (DF/DG) (n=50)		9.2	4.9	3.2	3.3	3.7	24.4
3. Metalomecânica (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL). Equipamento de Transporte (DM) (n=24)		9.9	5.7	3.5	4.3	3.4	27.1
4. Produtos Não-Metálicos (DA/DE). Outras Indústrias Transformadoras (DN) (n=57)		8.7	4.7	2.9	3.3	3.2	23.1
5. Construção (F) (n=16)		6.4	3.4	2.2	1.6	2.4	16.1
6. Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H) (n=48)		5.3	3.3	2.1	2.2	2.8	16.2
7. Transportes, Armazenagem e Comunicações (I) (n=14)		7.3	4.9	3.3	2.4	4.0	22.3
8. Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prestados às Empresas (K) (n=31)		4.3	2.3	1.6	2.0	2.6	13.0
9. Administ. Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q) (n=17)		5.2	3.9	2.2	2.5	3.2	17.1
Total (n=257)		7.3	4.2	2.6	2.8	3.2	20.3
	p	.000	.000	<.05	.000	<.05	.000

(a) Entre parêntesis, o código de CAE-Rev.2. Excluiu-se o sector primário, por ter apenas dois casos

Quadro C2.2 — Índice de saúde, por grupo de programas

Índice	Média	Trimédia a 5%	Mediana	d.p.	Mínimo	Máximo	N° de casos	Teste de normalidade
A	70	71	75	17	0.0	1.0	246	p= .000
B	80	79	75	16	0.0	1.0	242	p= .000
C	70	70	75	20	0.0	1.0	209	p= .000
D	58	58	50	21	0.0	1.0	210	p= .000
E	55	55	50	23	0.0	1.0	227	p= .000
Global	67	67	69	14	0.0	1.0	250	

Quadro D2.1 – Repartição das respostas à P.D2: Actores com um papel minimamente activo na gestão do sistema de saúde no trabalho (n=209) (a)

Actor c/ um papel minimamente activo na gestão do sistema de SH&ST	Nº	%
Administração/direcção	196	93.8
Médico do trabalho	181	86.6
Director de pessoal	170	81.3
Técnico ou especialista de H&ST	104	49.8
Representante dos trabalhadores	94	45.0
Comissão de SH&ST	74	35.4
Equipa de saúde	57	27.3
Consultor externo	39	18.7

(a) Há 50 casos omissos

Quadro E4.1— Média dos encargos salariais 'per capita' por agrupamento de actividade económica (em contos) (n=153)

Agrupamento de actividade económica (a)	Nº de empresas	Média	d.p.	Mínimo	Máximo
1 Agricultura, Silvicultura e Caça (A) Pescas (B)	2	1838	651	1377	2298
2 Indústrias Extractivas (C) Electricidade, Gás e Água (E) Metalurgia de Base e Produtos Metálicos (DJ) Minerais Não-Metálicos (DH/DI) Química e afins (DF/DG)	35	3450	1425	1538	7274
3 Máquinas e equipamentos, n.e. (DK) Material Eléctrico e de Precisão (DL) Equipamento de Transporte (DM)	11	2784	1087	1646	5398
4 Produtos Não-Metálicos (DA/DE) Outras Indústrias Transformadoras (DN)	33	2930	1349	1353	6125
5 Construção (F)	13	3130	909	1700	5000
6 Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G) Alojamento e Restauração (H)	30	3110	1279	1368	6870
7 Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	9	3409	1114	2080	5456
8 Actividades Financeiras (J) Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serv. Prestados às Empresas (K)	13	3446	1421	1277	6432
9 Administ. Pública (L) Educação (M) Saúde e Acção Social (N) Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O/Q)	7	2230	517	1808	3266
Total	153	3117	1282	1277	7274

(a) Entre parêntesis, a CAE- Rev.2

Quadro IV.4 — Grau de prioridade atribuída à melhoria da saúde dos colaboradores

Prioridade (a)	Nº casos	Média	Trimédia a 5%	Mediana	d.p.	Mín.	Máx.	Teste K-S
Atribuída pelo próprio actualmente	249	4.4	4.4	4.0	1.3	1.0	7.0	p < .001
A ser atribuída pelo próprio no futuro	249	5.3	5.4	5.0	1.1	2.0	7.0	p < .001
Atribuída pelas empresas do mesmo ramo de actividade	195	3.1	3.0	3.0	1.2	1.0	7.0	p < .001

(a) Escala: 1 (Mínimo) a 7 (Máximo)

Quadro E3.1 – Percepção do grau de prioridade atribuída actualmente à saúde pelo próprio e pelas outras empresas do mesmo ramo, por agrupamento de actividade principal (n=193)

Prioridade atribuída actualmente à saúde Agrupamento de actividade principal (a)	Próprio (1)	Empresas do mesmo ramo (2)	Diferença (1-2)	p	Nº de casos
2. Indústrias Extractivas (C). Electricidade, Gás e Água (E). Metalurgia de Base e Prod. Metálicos (DJ). Minerais Não-Metálicos (DH/DI). Química e afins (DF/DG)	4.6	3.5	1.1	.000	33
3. Máquinas e equipamentos, n.e. (DK). Material Eléctrico e de Precisão (DL). Equipamento de Transporte (DM)	4.6	2.7	1.9	.000	18
4. Produtos Não-Metálicos (DA/DE). Outras Indústrias Transformadoras (DN)	4.6	3.0	1.6	.000	46
5. Construção (F)	4.5	3.3	1.2	< .05	15
6. Comércio por Grosso, Comércio a Retalho, Serv. Reparação (G). Alojamento e Restauração (H)	3.8	2.8	1.0	.000	37
7. Transportes, Armazenagem e Comunicações (I)	4.9	3.4	1.5	< .01	11
8. Actividades Financeiras (J). Activ. Imobiliárias, Alugueres e Serviços Prestados às Empresas (K)	4.0	2.9	1.1	< .01	21
9. Administração Pública (L). Educação (M). Saúde e Acção Social (N). Out. Activ. Serv. Col., Soc. e Pes. (O)	3.8	2.8	1.0	< .05	11
Total	4.3	3.1	1.2	.000	193

(a) Excluídas as empresas do sector primário (n=2)

## **Anexo B - Questionário**



# Questionário

## sobre

### Política de

### Saúde

### no local

### de Trabalho



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
Escola Nacional de Saúde Pública

#### Secção A *Caracterização da empresa (ou estabelecimento)*

O questionário tem cinco secções (de A a E). Nesta secção, as questões que lhe vão ser postas (numeradas de A1 a A14), permitirão fazer uma sumária caracterização da sua empresa (ou estabelecimento), nomeadamente em termos técnicos, organizacionais e estratégicos. A expressão *Segurança, Higiene & Saúde no Trabalho* aparece geralmente abreviada ao longo do questionário (SH&ST).

A maior parte das perguntas, nesta e nas secções seguintes, são fechadas, devendo a sua resposta ser assinalada por um xis (X) no respectivo quadrado (□). Se o respondente representar apenas um estabelecimento e não a empresa como um todo, a informação a dar, ao longo deste questionário, deverá tanto quanto possível reportar-se apenas a esse estabelecimento.

**A1** O respondente representa a empresa como um todo ou apenas um dos seus estabelecimentos?

- ☐ A empresa como um todo  
☐ Um dos estabelecimentos

**A2** Qual o cargo que ocupa (ou a função que exerce)?  
(Indicar por extenso: Por ex., director-geral, sócio-gerente, director de pessoal, médico do trabalho:)

☐ \_\_\_\_\_

**A3** O controlo accionista da empresa é:

- ☐ Privado  
☐ Público  
☐ Cooperativo  
☐ Estrangeiro  
☐ Organismo público autónomo  
☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_





**A4** (No caso de o controlo accionista ser *Estrangeiro*:) Qual a sua região de origem?

- ☐ União Europeia  
☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_  
☐ Não aplicável

**A5** Em 1996 o número médio de pessoas ao serviço da empresa (ou estabelecimento) foi aproximadamente de:

(Nº médio de pessoas em 1996)

**A6** E em 1995, era de:

(Nº médio de pessoas em 1995)

**A7** Em termos percentuais, quantas dessas pessoas, no final de 1996, eram: (Indicar a percentagem aproximada ou estimada:)

%	n/sabe
<input type="text"/> <input type="text"/> Mulheres	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> Colarinhos azuis (a)	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> C/ escolaridade igual ou superior a 9 anos	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> C/ idade igual ou superior a 40 anos	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> Sindicalizadas (Estimativa)	<input type="text"/>

(a) Pessoal directamente afecto à produção, por oposição a colarinhos brancos (dirigentes, quadros e outro pessoal de apoio técnico e administrativo).

**A8** Qual é o principal ramo de actividade económica da empresa (ou do estabelecimento)? (Indique por extenso:)

**A9** Os investimentos feitos nos últimos cinco anos, a nível de produtos, processos, instalações e equipamentos, visaram fundamentalmente *objectivos* de: (Poderá eventualmente indicar duas respostas: Por ex., racionalização e melhoria das condições de SH&ST:)

- ☐ Expansão  
☐ Racionalização  
☐ Substituição  
☐ Melhoria das condições de trabalho em geral  
☐ Melhoria das condições de SH&ST em particular  
☐ Não foram feitos investimentos  
☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_  
☐ Não sabe

**A10** Como avalia o grau de modernização tecnológica da sua empresa (ou estabelecimento), usando uma escala de 1 (*Muito baixo*) a 5 (*Muito alto*)? (Assinale um dos cinco valores da escala, de acordo com a sua opinião:)

- ☐ 1. *Muito baixo*  
☐ 2. *Baixo*  
☐ 3. *Assim-assim, n/baixo n/alto*  
☐ 4. *Alto*  
☐ 5. *Muito alto*  
☐ Não sabe





Quanto aos *postos de trabalho mais característicos* da área de produção, como os descreveria relativamente a: (Assinale apenas uma resposta em cada um dos quatro items:)

**1. Conteúdo do trabalho**

- ☐ Pobre/Repetitivo  
☐ Rico/Variado

**2. Autonomia**

- ☐ Controlo pela supervisão  
☐ Autocontrolo

**3. Princípio da atribuição de tarefas**

- ☐ Indivíduo  
☐ Equipa

**4. Base da qualificação**

- ☐ Experiência  
☐ Experiência + Formação

☐ Não aplicável



Se hoje fosse feita uma análise estratégica da situação das empresas portuguesas do mesmo ramo de actividade, quais seriam, em sua opinião, os resultados a que se poderia chegar, em termos de: (i) principal ponto forte e principal ponto fraco, a nível interno; bem como (ii) principal oportunidade e principal ameaça, a nível externo? (Os primeiros referem-se a factores que a gestão pode controlar: estruturas, processos, produtos, etc.; os segundos dizem respeito a factores que escapam ao seu controlo, por ex., tendências do mercado:)

**1. Factores internos**

- ☐ Principal ponto forte \_\_\_\_\_  
☐ Principal ponto fraco \_\_\_\_\_  
☐ Não sabe

**2. Factores externos**

- ☐ Principal oportunidade \_\_\_\_\_  
☐ Principal ameaça \_\_\_\_\_  
☐ Não sabe



O que acaba de dizer acerca das outras empresas do mesmo ramo, é também aplicável à sua empresa (ou estabelecimento)? (Utilize a seguinte escala, de 1 a 5:)

- ☐ 1. De modo nenhum aplicável  
☐ 2. Um pouco  
☐ 3. Em parte  
☐ 4. Em grande parte  
☐ 5. Inteiramente aplicável  
☐ Não sabe



**A4** A empresa (ou estabelecimento) tem um sistema de gestão da qualidade, independentemente desse sistema estar ou não certificado pelo Instituto Português da Qualidade?

- ☐ Sim, e está certificado  
☐ Sim, mas não está certificado  
☐ Não, nem pensa poder vir a ter tão cedo  
☐ Não, mas pensa vir a ter no futuro próximo

## Secção B

*Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)*

Nesta secção, as questões que lhe vão ser postas (numeradas de B1 a B9), têm fundamentalmente a ver com: (i) a modalidade de organização e funcionamento dos serviços e actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente SH&ST), nos termos da legislação em vigor; (ii) os principais riscos e factores de risco a que estão expostos os trabalhadores; (iii) as formas de participação do pessoal no domínio da SH&ST; e (iv) em termos mais gerais, a política e a filosofia da sua empresa (ou estabelecimento) neste domínio.

**B1** Em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST, que modalidade foi adoptada pela empresa (ou estabelecimento)?

- ☐ Serviço interno  
☐ Serviço externo  
☐ Serviço interempresas  
☐ Não tem serviço de SH&ST

**B2** Qual foi a taxa de absentismo observada em 1995 e 1996? E qual é a taxa que a direcção considera aceitável? (Para cálculo desta taxa, considere o total de horas de ausência a dividir pelo total de horas efectivamente trabalhadas e a multiplicar por 100:)

%		n/sabe
<input type="text"/>	Taxa de absentismo observada em 1995	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Taxa de absentismo observada em 1996	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Taxa de absentismo aceitável pela direcção	<input type="checkbox"/>



**B3** Considerando apenas as baixas por doença e/ou acidente, quais são as três causas mais frequentes do absentismo observado nessa empresa (ou estabelecimento)?

- ☐ Acidentes e lesões
- ☐ Stress
- ☐ Doenças do foro psiquiátrico
- ☐ Doenças do sistema osteomuscular
- ☐ Doenças do sistema circulatório
- ☐ Doenças do sistema digestivo
- ☐ Doenças do sistema respiratório
- ☐ Uso indevido da baixa por doença
- ☐ Outra (Qual?): \_\_\_\_\_
- ☐ Não sabe

**B4** Para a direcção, quais são os três problemas de saúde que mais a preocupam, em relação aos estilos de vida de alguns indivíduos ou grupos de risco da sua população trabalhadora?

- ☐ Consumo de álcool
- ☐ Consumo de droga
- ☐ Consumo de tabaco
- ☐ Falta de hábitos de exercício físico
- ☐ Dificuldade em lidar com o stress
- ☐ Condução perigosa
- ☐ Alimentação desequilibrada
- ☐ Nenhum problema em especial
- ☐ Outro (Qual?): \_\_\_\_\_
- ☐ Não sabe

**B5** Em sua opinião, qual é a principal natureza dos riscos a que estão expostas a maioria (ou uma parte) das pessoas da empresa (ou estabelecimento)? (Assinale apenas uma resposta:)

- ☐ Física, química e/ ou biológica (por ex., exposição ao ruído, a poeiras, a radiações ou a outros agentes físicos; exposição a substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas, de natureza química ou biológica; risco de acidentes ou lesões)
- ☐ Psicossocial, mais directamente relacionada com o trabalho, (por ex., falta de autonomia, falta de apoio das chefias, conflitos, sobrecarga física ou mental, etc., originando stress)
- ☐ Psicossocial, mais directamente relacionada com o indivíduo (por ex., idade, sexo, conhecimentos, atitudes e comportamentos, incluindo os estilos de vida, com reflexos no seu desempenho, satisfação e saúde no trabalho)
- ☐ Não sabe

**B6** Em matéria de SH&ST, quais são as principais formas de participação dos seus trabalhadores? (Assinale só aquelas que são efectivamente usadas:)

- ☐ Representantes eleitos p/ a SH&ST
- ☐ Comissão de SH&ST
- ☐ Subcomissões de SH&ST
- ☐ Comissão de Trabalhadores
- ☐ Delegado/Comissão sindical
- ☐ Programas de ideias e sugestões
- ☐ Grupos de discussão e melhoria
- ☐ Grupos de diagnóstico e projecto
- ☐ Equipas de trabalho
- ☐ Círculos de qualidade
- ☐ Boletim/jornal da empresa
- ☐ Questionários de opinião
- ☐ Reuniões gerais c/a direcção
- ☐ Reuniões c/as chefias directas
- ☐ Nenhuma em especial
- ☐ Outra (Qual?): \_\_\_\_\_





**B7** Numa escala de 1 (*Mínimo*) a 7 (*Máximo*), que importância é atribuída pela direcção à participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**B8** Independentemente do normativo legal e convencional, quais são os direitos que a direcção reconhece, em princípio, aos trabalhadores no domínio da SH&ST? (*Pode indicar mais do que uma resposta:*)

- ☐ Ser informado
- ☐ Formação
- ☐ Ser consultado
- ☐ Eleger representantes
- ☐ Conhecer/investigar os riscos
- ☐ Recusar o trabalho (*a*)
- ☐ Negociação
- ☐ Veto (*b*)
- ☐ Co-decisão
- ☐ Decisão

(*a*) Em caso de perigo grave e iminente (*Artº 15º do D.L. nº 441/91, de 14 de Novembro*).

(*b*) Consagrado na legislação de países como a Bélgica ou a Suécia. Significa, por exemplo, poder vetar a nomeação de um médico do trabalho (ou a contratação de um serviço externo de SH&ST) que não mereça a confiança dos trabalhadores ou seus representantes.

**B9** Em suma, quando comparada com as outras do mesmo ramo, esta empresa poderia ser caracterizada nestes termos: (*Em cada um dos dois itens a seguir assinale a resposta - e só uma - que julgar mais apropriada:*)

- ☐ Pode ser tomada como um exemplo
- ☐ Tem os problemas típicos das empresas do seu ramo de actividade
- ☐ Tem os problemas típicos do seu ramo de actividade mas procura resolvê-los
- ☐ Tem problemas específicos mas sabe como resolvê-los
- ☐ Tem problemas específicos mas não sabe como resolvê-los

- ☐ Reparar ou compensar os riscos profissionais (*por ex., prémios de risco, seguros*)
- ☐ Prevenir os riscos a nível do indivíduo (*por ex., vigilância médica, protecção individual*)
- ☐ Prevenir os riscos a nível do trabalho (*por ex., protecção colectiva, avaliação ambiental*)
- ☐ Promover a saúde e o bem-estar de todos (*por ex. política integrada de saúde e segurança*)
- ☐ Nenhuma preocupação em especial



## Secção C

Nesta secção, que inclui apenas duas questões (C1 e C2) interessa-nos identificar o número e a natureza das actividades realizadas pela empresa (ou estabelecimento) nos últimos cinco anos, com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar das pessoas ao seu serviço. Podemos distinguir cinco grupos principais de actividades (de A a E):

**A - Segurança & Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho**

**B - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde**

**C - Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis**

**D - Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

**E - Actividades e programas sociais e de bem-estar**

Algumas destas actividades podem não ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde dos trabalhadores, tendo todavia uma maior ou menor componente de saúde (por ex., a melhoria da ventilação, o apoio a programas recreativos e culturais). Outras há que têm um objectivo estritamente disciplinar (por ex., a política relativa ao álcool ou à droga pode resumir-se só a testes de despistagem, sem qualquer componente de prevenção da doença ou de apoio ao trabalhador). Neste caso, não devem ser consideradas como iniciativas de saúde.

Reportando-nos aos últimos cinco anos, que políticas, programas e actividades foram (ou estão a ser) realizadas pela empresa (ou estabelecimento), com o objectivo mais ou menos explícito de prevenir as doenças e os acidentes, proteger a saúde dos trabalhadores, promover o seu bem-estar físico, mental e social, e em última análise melhorar o ambiente de trabalho? (A lista a seguir é meramente indicativa. A prevalência de algumas destas actividades poderá ser menos provável na maior parte das nossas empresas. Outras têm já uma certa tradição. Assinale com um xis apenas as acções realizadas ou em curso:)

### A - Segurança & Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho

- ☐ Vestuário/equipamento de protecção individual
- ☐ Controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas
- ☐ Protecção colectiva de máquinas/equipamentos
- ☐ Automatização de operações perigosas
- ☐ Prevenção e redução do ruído
- ☐ Auditorias ambientais periódicas (por ex., água, ar, resíduos sólidos)
- ☐ Prevenção e redução dos acidentes de trabalho
- ☐ Sistema de sinalização de SH&ST
- ☐ Melhoria da iluminação
- ☐ Melhoria da ventilação
- ☐ Melhoria do conforto térmico/climatização
- ☐ Melhoria dos espaços de trabalho individuais
- ☐ Design/decoração de interiores (por ex., escritório, oficina)
- ☐ Avaliação periódica das condições físicas de trabalho
- ☐ Formação/treino em SH&ST
- ☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_

### B - Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde

- ☐ Exames de vigilância médica periódica de grupos de risco
- ☐ Exames de vigilância médica periódica de todo o pessoal
- ☐ Exames de vigilância médica periódica dos quadros
- ☐ Exames iniciais e ocasionais (por ex., selecção, alta, mudança de posto)
- ☐ Tratamento e reabilitação de doenças relacionadas com o trabalho
- ☐ Consultas regulares de clínica geral
- ☐ Consultas regulares de outras especialidades médicas
- ☐ Apoio de pessoal de enfermagem



- ☐ Apoio de outros profissionais de saúde  
(por ex., fisioterapia, psicologia)
- ☐ Vacinação (por ex., tétano, hepatite B, gripe)
- ☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_

**C – Prevenção de comportamentos de risco/  
Promoção de estilos de vida saudáveis**

- ☐ Consumo de álcool
- ☐ Consumo de tabaco
- ☐ Consumo de droga
- ☐ Actividade física
- ☐ Informação/educação (por ex., vídeo, placard, posters)
- ☐ Formação/ensino de grupo (por ex., sessões s/cancro da mama)
- ☐ Nutrição
- ☐ Acidentes de trajecto
- ☐ Controlo da tensão arterial
- ☐ Controlo do peso
- ☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_

**D – Intervenções a nível organizacional /  
Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

- ☐ Reestruturação do trabalho (por ex., equipas, enriquecimento de tarefas)
- ☐ Flexibilização do tempo de trabalho (por ex., pausas, horários, descanso suplementar)
- ☐ Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno
- ☐ Política de absentismo orientada p/ a prevenção das suas causas
- ☐ Reabilitação/reintegração de casos c/ incapacidade de longa duração
- ☐ Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM)
- ☐ Formação/treino em comportamento organizacional (por ex., para o pessoal de produção)
- ☐ Formação/treino em gestão de recursos humanos (por ex., para as chefias directas)

- ☐ Job design/Ergonomia do posto de trabalho
- ☐ Avaliação periódica do clima organizacional
- ☐ Reestruturação participativa da empresa
- ☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_

**E – Actividades e programas sociais e de bem-estar**

- ☐ Infra-estruturas p/a prática de actividade física no (ou junto ao) local de trabalho
- ☐ Instalações p/ o pessoal (por ex., sala de repouso, convívio, refeitório)
- ☐ Programas de assistência não-clínica/ Grupos de auto-ajuda (por ex., Alcoólicos Anónimos)
- ☐ Transportes fornecidos pela empresa
- ☐ Formação/treino em gestão do stress (por ex., para os quadros)
- ☐ Apoio a actividades recreativas e culturais/ Festas e convívios
- ☐ Protecção social complementar (por ex., seguro de saúde)
- ☐ Outras formas de acção social complementar (por ex., creche)
- ☐ Aconselhamento psicológico/ Assistência sociofamiliar
- ☐ Boletim/jornal da empresa/Outras formas de comunicação
- ☐ Outra (Qual?:) \_\_\_\_\_



Estas políticas, programas e actividades visam exclusivamente a saúde dos trabalhadores ou são ditadas por outras razões extrínsecas? (Admite-se que algumas destas iniciativas possam ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar, outras poderão também ter em consideração, para além da saúde, preocupações com o aumento da produtividade, da qualidade e da competitividade; finalmente, poderá haver um terceiro grupo de iniciativas que nada tenham a ver com a saúde, ou só em pequena parte. Numa escala de 1 a 5, responda a esta questão; se não tiver a certeza, responda "Não sabe"; se na pergunta C1 não referiu qualquer destas iniciativas, responda "Não aplicável".)



**A – Segurança & Higiene no Trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho**

- ☐ 1. De modo nenhum visam a saúde
- ☐ 2. Só em pequena parte
- ☐ 3. Em parte
- ☐ 4. Em grande parte
- ☐ 5. Visam exclusivamente a saúde
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável

**B – Avaliação de saúde/Vigilância médica/ Prestação de cuidados de saúde**

- ☐ 1. De modo nenhum visam a saúde
- ☐ 2. Só em pequena parte
- ☐ 3. Em parte
- ☐ 4. Em grande parte
- ☐ 5. Visam exclusivamente a saúde
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável

**C – Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis**

- ☐ 1. De modo nenhum visam a saúde
- ☐ 2. Só em pequena parte
- ☐ 3. Em parte
- ☐ 4. Em grande parte
- ☐ 5. Visam exclusivamente a saúde
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável

**D – Intervenções a nível organizacional/Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho**

- ☐ 1. De modo nenhum visam a saúde
- ☐ 2. Só em pequena parte
- ☐ 3. Em parte
- ☐ 4. Em grande parte
- ☐ 5. Visam exclusivamente a saúde
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável

**E – Atividades e programas sociais e de bem-estar**

- ☐ 1. De modo nenhum visam a saúde
- ☐ 2. Só em pequena parte
- ☐ 3. Em parte
- ☐ 4. Em grande parte
- ☐ 5. Visam exclusivamente a saúde
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável





## Secção D

Nesta secção (questões numeradas de D1 a D6), importa saber o seguinte: (i) as razões por que esta empresa investe na saúde e segurança dos seus trabalhadores; (ii) a metodologia de acção que está a ser utilizada; e, nomeadamente, qual o grau de participação dos diferentes actores nas diferentes fases do processo; (iii) os obstáculos que se deparam neste domínio, bem como (iv) os benefícios (económicos e sociais) obtidos ou esperados.

**D1** Enumere os três principais motivos ou problemas que levam a direcção a tomar iniciativas que têm por objectivo (não só mas também) a melhoria da saúde dos seus trabalhadores? (A lista a seguir é meramente indicativa:)

- ☐ Absentismo em geral
- ☐ Baixas por doença
- ☐ Frequência/gravidade dos acidentes
- ☐ Clima organizacional
- ☐ Normativo legal e convencional
- ☐ Rotação (ou saída) de pessoal
- ☐ Aumento dos custos de pessoal
- ☐ Produtividade/Qualidade/Competitividade
- ☐ Melhoria explícita da saúde
- ☐ Filosofia/Cultura da empresa
- ☐ Imagem externa/Prestígio
- ☐ Restruturação/Reconversão
- ☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_

**D2** Tal como noutros domínios, as referidas iniciativas têm um ciclo de vida com diversas fases: ideia inicial (A), planeamento (B), implementação (C), e avaliação (D). Utilizando uma escala de 1 (Nenhum ou pouquíssimo) a 5 (Muito ou muitíssimo), classifique, em geral, o grau de envolvimento dos diferentes sectores da empresa (ou estabeleci-

mento) em cada uma destas fases: (Risque a respectiva linha se, por ex., não existir comissão de SH&ST, técnico de SH&ST, médico do trabalho, equipa de saúde ou consultor externo:)

### Escala

1. Nenhum ou pouquíssimo envolvimento
2. Pouco
3. Assim-assim, n/pouco n/bastante
4. Bastante
5. Muito ou muitíssimo envolvimento

Sector \ Fase do processo	A. Ideia Inicial	B. Planeamento	C. Implementação	D. Avaliação
Direcção				
Director de pessoal				
Médico do trabalho				
Técnico de SH&ST				
Equipa de saúde				
Comissão de SH&ST				
Representantes do pessoal				
Consultor externo				
Exemplo	5	3	1	1

**D3** A participação dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes) nas fases de planeamento e implementação deste tipo de actividades, pode assumir diferentes níveis: Por ex., são apenas informados (1), são consultados (2), participam na negociação e decisão (3) ou então são os principais responsáveis (4). Habitualmente, como é que as coisas se passam na sua empresa (ou estabelecimento)? (Assinale só uma resposta:)

Na fase de planeamento, em geral os trabalhadores (e/ou seus representantes):

- ☐ 4. São os principais responsáveis
- ☐ 3. Participam na negociação e decisão
- ☐ 2. São consultados
- ☐ 1. São apenas informados



**Na fase de implementação, em geral os trabalhadores (e/ou seus representantes):**

- ☐ 4. São os principais responsáveis
- ☐ 3. Participam na negociação e decisão
- ☐ 2. São consultados
- ☐ 1. São apenas informados

**De acordo com a sua experiência, quais são os três principais obstáculos que se põem à implementação, com êxito, deste tipo de iniciativas: (A lista a seguir é apenas indicativa:)**

- ☐ Falta de tempo
- ☐ Dificuldades de financiamento
- ☐ Falta de equipamentos/instalações
- ☐ Falta de empenho da direcção
- ☐ Falta de empenho do pessoal
- ☐ Falta de apoio externo
- ☐ Falta de enquadramento legal
- ☐ Falta de especialistas nestas áreas
- ☐ Falta de empenho do serviço de SH&ST
- ☐ Problemas de articulação/comunicação
- ☐ Conflito c/ a produção
- ☐ Conflito c/ os representantes do pessoal
- ☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_

**De acordo com a sua experiência, quais são os três principais factores que facilitam a realização deste género de políticas, programas e actividades? (A lista a seguir é meramente indicativa:)**

- ☐ Política escrita de SH&ST
- ☐ Orçamento específico de SH&ST
- ☐ Cultura organizacional propícia
- ☐ Sentido de responsabilidade social
- ☐ Serviço interno de SH&ST

- ☐ Equipa multidisciplinar
- ☐ Informação s/ custos de não qualidade
- ☐ Empenho do director de pessoal
- ☐ Empenho da direcção
- ☐ Empenho das chefias directas
- ☐ Empenho da produção
- ☐ Participação do pessoal
- ☐ Empenho do médico do trabalho
- ☐ Informação s/ absentismo
- ☐ Exemplos noutras empresas
- ☐ Análise de custo/benefício
- ☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_

**Do seu ponto de vista, quais são os três principais benefícios (económicos e/ou sociais) que a empresa obteve (ou obtém), na sequência da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde (e não apenas a segurança) do pessoal? (A lista a seguir é meramente indicativa:)**

- ☐ Melhoria da saúde do pessoal
- ☐ Cumprimento da legislação
- ☐ Redução dos prémios de seguros
- ☐ Redução de outros custos c/ pessoal
- ☐ Melhoria da imagem externa
- ☐ Melhoria das relações colectivas
- ☐ Melhoria do ambiente de trabalho
- ☐ Melhoria do nível de participação
- ☐ Redução dos acidentes
- ☐ Reforço da motivação e satisfação



- ☐ Melhoria do clima organizacional
- ☐ Redução da taxa de absentismo
- ☐ Redução da rotação (ou saída) de pessoal
- ☐ Melhoria da produtividade
- ☐ Melhoria da competitividade
- ☐ Melhoria da qualidade
- ☐ Nenhum benefício em especial
- ☐ Outro (Qual?:) \_\_\_\_\_

## Secção E

*Nesta última secção (questões numeradas de E1 a E7), gostaríamos de saber: (i) que prioridade é (e deveria ser) atribuída à melhoria da saúde do pessoal ao serviço da empresa (ou estabelecimento). E ao mesmo tempo, (ii) quais são os planos da direcção para o futuro e (iii) quais são os encargos com a saúde. Ficaremos-lhe gratos se nos quiser também fornecer elementos de identificação para futuros contactos com o representante da empresa (ou estabelecimento).*

**E1** Numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), que prioridade é que deveria ser atribuída, no futuro, à melhoria da saúde dos seus colaboradores? (Por ex., em relação a outros objectivos de gestão como a qualidade, a produtividade, a protecção ambiental, etc.)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**E2** E presentemente, que prioridade é que a sua empresa (ou estabelecimento) atribui, em sua opinião, à melhoria da saúde dos colaboradores?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**E3** Pensando na generalidade das empresas portuguesas do mesmo ramo de actividade: Em seu entender, que prioridade é que elas atribuem à melhoria da saúde do respectivo pessoal?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

☐ Não sabe



**E4** É possível saber-se qual foi, em 1996, o montante da massa salarial (ou total dos custos com o pessoal) e o total de encargos com a saúde, incluindo a SH&ST? (Despesas de capital como, por ex., investimentos em equipamentos de medicina do trabalho, mais despesas correntes: por ex., encargos com as actividades específicas referidas na Secção C. Indique por extenso:)

- ☐ Massa salarial (em contos) \_\_\_\_\_
- ☐ Encargos c/a saúde (incluindo a SH&ST) (em contos) \_\_\_\_\_
- ☐ Encargos c/a saúde (excluindo a SH&ST) (em contos) \_\_\_\_\_
- ☐ Não sabe

**E5** Em 1997, estão em curso (ou estão previstos) novos programas, actividades ou políticas, no domínio da saúde, que não tenham sido mencionados na Secção C? (Ver lista a seguir, por principais áreas:)

**Sim Não**

- ☐ ☐ Segurança e Higiene no Trabalho /Melhoria do ambiente físico do trabalho
- ☐ ☐ Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde
- ☐ ☐ Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis
- ☐ ☐ Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho
- ☐ ☐ Actividades e programas sociais e de bem-estar

Em caso algum o nome da sua empresa (ou estabelecimento) ou quaisquer outros dados individualizados serão mencionados ou citados pelo investigador. Aliás, todos os dados recolhidos através deste inquérito serão agregados. Por outro lado, e de acordo com a ética da investigação sociológica, honrarei o compromisso de não fazer uso indevido da informação que me for fornecida.

**E6** Responda, por favor, às seguintes questões finais:

**Sim Não**

- ☐ ☐ Tem interesse em conhecer as principais conclusões deste estudo?
- ☐ ☐ Estará, em princípio, receptivo a futuros contactos com o investigador?
- ☐ ☐ Autorizaria, em princípio, uma visita de estudo à sua empresa (ou estabelecimento)?
- ☐ ☐ A empresa gostaria de fazer parte da rede europeia de promoção da saúde no trabalho?

**E7** Críticas, sugestões ou comentários finais que queira fazer a propósito deste questionário bem como dos problemas de SH&ST em Portugal (ou na União Europeia):

☐ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Embora este questionário seja *estritamente confidencial*, é importante para o investigador ter alguns elementos de identificação dos respondentes para *futuros contactos* com a direcção da empresa (ou estabelecimento) e para poder fazer um segundo envio do questionário aos não respondentes. Peço-lhe, por isso, o favor de me dar o seu contacto:

**Nome da empresa (ou estabelecimento)**

\_\_\_\_\_

**Telefone, fax e/ou E-mail**

\_\_\_\_\_

**Nome e/ou cargo do elemento de contacto**

\_\_\_\_\_

**Fim do questionário. Fico-lhe muito grato pelo tempo e atenção que me quis dispensar, respondendo a este questionário. Em meu nome e das entidades que apoiam ou patrocinam este projecto de investigação (JNICT e UNL/ENSP), desejo-lhe os maiores sucessos para a sua empresa e faço votos pela sua saúde e pela saúde dos seus colaboradores.**

O investigador responsável

Dr. Luís Graça

